

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**

**CURSO DE DIREITO**

**IOLANDA ISOPPO**

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA POLÍTICA DE DOAÇÃO DE  
ÓRGÃOS: UM ESTUDO A PARTIR DA AUTONOMIA DA VONTADE E DOS  
PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA**

**CRICIÚMA**

**2016**

**IOLANDA ISOPPO**

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA POLÍTICA DE DOAÇÃO DE  
ÓRGÃOS: UM ESTUDO A PARTIR DA AUTONOMIA DA VONTADE E DOS  
PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado  
para obtenção do grau de Bacharel no curso de  
Direito da Universidade do Extremo Sul  
Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Rosângela Del Moro

**CRICIÚMA**

**2016**

**IOLANDA ISOPPO**

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA POLÍTICA DE DOAÇÃO DE  
ÓRGÃOS: UM ESTUDO A PARTIR DA AUTONOMIA DA VONTADE E DOS  
PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado  
pela Banca Examinadora para obtenção do  
Grau de Bacharel, no Curso de Direito da  
Universidade do Extremo Sul Catarinense,  
UNESC.

Criciúma, 28 de junho de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Rosângela Del Moro - Especialista - UNESC - Orientadora

Prof. Sheila Martignago Saleh - Mestre - UNESC

Prof. Mônica Abdel Al - Especialista - UNESC

**Dedico este trabalho à todos que  
pacientemente aguardam na fila de  
transplantes uma segunda chance, e  
àqueles que em um gesto de solidariedade  
doam à estes a oportunidade de viver  
novamente.**

## **AGRADECIMENTOS**

É difícil agradecer todas as pessoas que de alguma maneira fizeram ou fazem parte deste capítulo da minha vida, por isso, à todos meu muito obrigada, de coração.

Á Deus pelo dom da vida a mim concedido.

Aos meus pais por acreditarem no meu potencial e me ampararem nos momentos de fragilidade.

Ao meu irmão, Cássio, que de maneira surpreendente me apoia e acredita em mim.

Á Simone, por não me deixar enlouquecer, sendo fonte infindável de paciência, carinho, chocolate e sorvete.

Aos amigos que fiz ao longo desta caminhada pela amizade e pelas rizadas.

Á professora Rosângela que me ensinou e orientou durante a realização deste trabalho com grande conhecimento e paciência.

Ás professoras, Sheila Martignago Saleh e Mônica Abdel Al, por aceitarem participar da banca examinadora.

## *Doção de Órgãos*

*Não sei se você sabe...  
Sim, é claro que sabe!  
Você pode ser um salvador  
E isso não te custará nada  
Um simples gesto de amor!  
A vida é tão engraçada...  
Uns tem muito, outros nada...  
Mas tanto o pobre quanto o rico  
São iguais quando vão para a eterna invernada.  
Porém, a maioria leva consigo...  
Mesmo na morte hávida...  
Sei que agora você já entendeu  
E vai entrar nesta partida  
Para ser um herói na hora derradeira  
Deixando de lado preconceitos, besteiras...  
E será, como eu, um doador.  
Pois chegará o momento que seus órgãos não mais lhe servirão  
Mas um pouco (ou muito) de você viverá...  
Em alguém baterá forte seu coração...  
Encherá de ar novo peito o seu pulmão...  
Com seus olhos outros verão... E não, isto não é caridade  
É um simples ato de verdade  
Que nos faz ser chamados:  
- Humanidade!*

*André Sesti Diefenbach*

## RESUMO

O presente trabalho monográfico tem como objetivo, analisar a disposição dos órgãos e tecidos para doação, no testamento vital, forma de diretiva antecipada de vontade, e o confronto com a decisão familiar, preceituada no art. 4º da Lei n. 9.434 de 1997. Para atender ao objetivo, foi utilizado o método dedutivo, por meio da pesquisa teórica e qualitativa, com emprego de material bibliográfico e documento legal. O trabalho foi dividido em três capítulos, o primeiro tratou do conceito da bioética, seus princípios basilares, e das diretivas antecipadas de vontade, expressão máxima de autonomia. O segundo capítulo cuidou da evolução dos transplantes de órgãos, as divisões que se encontra dentro do tema, e sua normatização no direito brasileiro. Por fim, o terceiro capítulo abordou a doação de órgãos e tecidos como disposição do testamento vital, este, instrumento que expressa à autonomia do indivíduo. Logo, chegou-se a conclusão de que o art. 4º da Lei n. 9.434/97, que coloca a decisão familiar acima da vontade do doador, fere os direitos fundamentais do ser humano, assim, não deveria se sobrepor à decisão do doador.

**Palavras-chave:** Bioética. Doação de órgãos. Autonomia. Família. Testamento vital.

## **ZUSAMMENFASSUNG**

Diese Monografie zielt darauf die Anordnung von Organen und Geweben für die Spende zu analysieren, die Patientenverfügung als zu erwartende Politik, wird zu einer Konfrontation mit der Entscheidung der Familie führen. Beschrieben in art. 4 des Gesetzes Nr. 9434 1997. Um das zu erreichen haben wir die deduktive Methode, durch theoretische und qualitative Forschung, unter Nutzung der bibliographischer Materialien und Rechtsdokumente benutzt. Die Arbeit wurde in drei Kapitel unterteilt, wobei das erste mit dem Konzept der Bioethik, die Grundprinzipien behandelt die Voraussetzungen werden um die maximale Autonomie des Ausdrucks sicherzustellen. Das zweite Kapitel kümmert sich um die Entwicklung von Organtransplantationen, die Fachbereiche die damit befasst sind und deren Regulation innerhalb der brasilianischen Gesetze. Schließlich das dritte Kapitel, die Organspende. Dieses befasst sich mit der Organspende durch eine Patientenverfügung, diese ist ein Instrument, das die Autonomie des Individuums zum Ausdruck bringt. So kommen wir zu dem Schluss das Art. 4 des Gesetzes Nr. 9434 / 97, der die Entscheidung der Familie über die Entscheidung des Spenders setzt, die Grundrechte des Menschen verletzt, also sollte es nicht die Entscheidung des Spenders außer Kraft setzen.

**Schlüsselwörter:** Bioethik. Anordnung von Organen und Geweben für die Spende. Autonomie. Familie. Patientenverfügungen.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
CFM	Conselho Federal de Medicina
DVA	Diretiva Antecipada de Vontade
ME	Morte encefálica
N.	número
P.	página
PSDA	The patient Self-Determination Ac

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 BIOÉTICA .....</b>	<b>13</b>
2.1 CONCEITO E ABRANGÊNCIA DA BIOÉTICA .....	13
2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES .....	16
<b>2.2.1 Princípio da Beneficência.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.2 Princípio da Não-maleficência .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.3 Princípio da Justiça.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.4 Autonomia de vontade .....</b>	<b>21</b>
2.3 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE .....	23
<b>3 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS.....</b>	<b>29</b>
3.1 A HISTÓRIA DOS TRANSPLANTES .....	29
3.2 TIPOS DE TRANSPLANTES .....	34
3.3 A NORMATIZAÇÃO DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO .....	40
<b>4 A AUTONOMIA DE VONTADE DO DOADOR DE ÓRGÃOS, CONTEMPLADA NA DIRETRIZ ANTECIPADA PERANTE O ART. 4º DA LEI DOS TRANSPLANTES ..</b>	<b>44</b>
4.1 A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS CONTEMPLADA NO TESTAMENTO VITAL .....	44
4.2 A AUTONOMIA DE VONTADE MANIFESTADA EM DIRETRIZ ANTECIPADA E O DIREITO DE DECISÃO DA FAMÍLIA NO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ANÁLISE DO ART. 4º DA LEI N. 9.434 DE 1997 .....	48
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ser humano vem praticando a medicina desde os tempos antigos, fazendo novas descobertas e aperfeiçoando as já existentes; o objetivo é proteger a sociedade dos malefícios que rodeiam o mundo e dos que surgem diariamente, alguns inclusive, causados pelo seu próprio desenvolvimento. Assim ocorreu com o transplante de órgãos e tecidos, que em constante evolução, chegou-se a um patamar, onde muitas vidas são salvas por conta do procedimento.

No entanto, a fila de pessoas que necessitam de um transplante e aguardam na fila nacional cresce a cada dia, tornando a espera longa e angustiante. Muitos pacientes não suportam a espera, e acabam por falecer antes de serem chamados. Infelizmente a demanda de doadores não consegue suprir o crescimento da fila, apesar das diretivas antecipadas de vontade serem uma forma de expressar a vontade do doador, não há lei que as regularize, a única regulamentação é a resolução de n. 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina, que instrui os médicos de como proceder diante da existência de uma diretiva, inclusive, ela foi alvo de uma Ação Civil Pública, ajuizada pelo Ministério Público de Goiânia.

Assim, objetiva-se com este trabalho monográfico, analisar a disposição dos órgãos e tecidos para doação, como ato de autonomia, nas diretivas antecipadas de vontade, na forma de testamento vital, e o confronto com a decisão familiar, preceituada na Lei n. 9.434 de 1997.

Para a construção do pensamento sobre o referido tema, a presente monografia será dividida em três capítulos. O primeiro abordará a bioética, seu surgimento no meio científico; seus princípios basilares, quais sejam, princípio da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia da vontade, e por fim, as Diretivas Antecipadas de Vontade, ato expresso da autonomia do ser humano.

O segundo capítulo verificará a evolução da medicina nos transplantes de órgãos e tecidos, os tipos existentes, quais são as circunstâncias que podem ocorrer. Também se verificará quem pode ser doador e quem será o receptor do órgãos, como se dá o procedimento, e como ocorre a determinação da morte, ponto importante para que ocorra a doação. Também se apresentará o desenvolvimento das normas referentes ao tema, que sofreu até o ano de 2001 constante mudança, e como se encontra hoje. Enfim, no terceiro capítulo, se analisará a doação de órgãos, ato solidário e altruístico do doador, e o confronto com a decisão familiar, prevista no

art. 4º da Lei n. 9.434 de 1997. O *de cujus*, deve ter sua vontade atendida após a morte, ou prevalecerá a vontade da família, que terá de lidar com a morte e com o impacto dos procedimentos da doação de órgãos?

A doação de órgão e tecidos e o procedimento de transplantes afeta a toda sociedade, tal fato torna a presente pesquisa de relevância social. Têm-se a possibilidade de ser doador, tanto em vida quanto *post mortem*, ou então, a necessidade de passar por uma cirurgia de transplante, assim, a conscientização e desmistificação do ato fazem-se necessária entre a população.

Para tanto, a pesquisa em questão utilizará o método dedutivo, em pesquisa teórica e qualitativa, com emprego de material bibliográfico e documento legal.

## 2 BIOÉTICA

O presente capítulo abordará o conceito da Bioética, partindo de seu surgimento até os tempos de hoje, sua evolução na história e sua abrangência.

Apresentará também os princípios que norteiam a Bioética, pertencentes à corrente do princípalismo, quais sejam a beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia, este último é a principal base das diretivas antecipadas, último tópico a ser abordado.

### 2.1 CONCEITO E ABRANGÊNCIA DA BIOÉTICA

A ética surge como preocupação nas práticas biológicas juntamente com a Medicina, com o tratamento técnico-científico. Hipócrates (460-377 a.C.), médico e filósofo grego, já preocupava-se com os aspectos éticos na medicina, o “Juramento de Hipócrates” hoje proferido em muitas escola de Medicina, originou-se a partir de sua obra “Corpus Hippocraticum”. (SÁ, NAVES, 2009, p.3).

A medicina sofre grandes avanços, novas descobertas são obtidas com experimentos realizados por médicos de todo o mundo. Nos anos 60, os avanços no meio médico, por serem benéficos começam a chegar até a sociedade, mas também promovem questionamentos acerca do seu modo de desenvolvimento. Lolas (2001, p. 22) destaca quatro acontecimentos que influenciaram o surgimento da preocupação com os aspectos éticos que envolviam seres humanos e avanços nas ciências biomédicas, quais sejam: em 1961, há grande avanço no tratamento de insuficiência renal, o médico Scribner cria uma máquina capaz de realizar a função do rim artificialmente, a hemodiálise. O procedimento é capaz de salvar vidas, e torna-se altamente requisitado, não se conseguindo atender à grande demanda, cria-se um comitê, responsável por decidir quem irá receber o tratamento e quem ficará sem atendimento.

O segundo fato é demarcado por Henry Beecher, professor de Harvard, que publica em 1966, um artigo demonstrando que 12% dos artigos publicados por médicos em uma importante revista do meio, usavam técnicas abusivas, ferindo a ética, reforçando a necessidade de criação de diretrizes para regulamentar e controlar experiências e tratamentos realizados. (LOLAS, 2001, p. 22).

O terceiro marco ocorre na África do Sul, com o primeiro transplante de coração com o médico Barnard. O órgão foi removido ainda em funcionamento de um indivíduo com morte cerebral e colocado em outro ser humano. Questiona-se então o momento em que ocorre a morte, e quem determinará o exato momento em que ela se dá, a ciência, a prática ou a lei. (LOLAS, 2001, p. 22)

No Alabama, Estados Unidos, ocorre o quarto fato, seiscentos negros são infectados com sífilis, sem serem informados de que participavam de um experimento que buscava compreender a evolução natural da doença, não receberam qualquer tipo de tratamento. O fato veio a público em 1972 e gerou grande revolta à população. (LOLAS, 2001, p. 17-24).

Esses acontecimentos dentre outros demonstraram a necessidade de se criar diretrizes que equilibrariam o avanço científico e a vida humana.

Em 1971, utiliza-se o termo “Bioética” na obra “Bioethic: Bridge to the Future”, publicada pelo oncologista biólogo estadunidense Van Rensselaer Potter. (JUNGES, 1999, p. 16). Potter usou a raiz “bio” para representar o conhecimento biológico, e “ethics” representando os valores humanos. As duas deveriam entrar em harmonia para que o desenfreado desenvolvimento científico não acabasse por destruir os seres humanos. O conhecimento adquirido deveria melhorar a vida do homem. (SGRECCIA, 2009, p. 26).

Consoante Junges (1999, p. 18-19) a bioética para Potter era o saber usar todo o conhecimento em prol da sociedade. Ele buscava abranger os aspectos filosóficos, evolutivos e culturais, na proporção de que não se fizesse mau uso do conhecimento, e o revertesse para a sobrevivência e manutenção da vida no planeta, e não apenas voltada ao meio médico, na relação de médicos e pacientes.

Ainda, em 1971 o médico André Hellegers, funda na Universidade de Georgetown, o “Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics”, primeiro instituto universitário de Bioética dos Estados Unidos. (DINIZ, 2001, p. 10). Segundo Piñeiro e Soares (2006, p. 16) foi Hellegers que estabeleceu os preceitos para os debates em bioética, um deles era a relação interdisciplinar entre os cientistas e humanistas, assim, a ciência seria estudada levando em consideração o ser humano, não o tendo somente como um objeto de pesquisa, e sim, respeitando sua humanidade.

Foi Hellegers quem introduziu a “Bioética” no meio acadêmico, tornou-a uma disciplina de metodologia interdisciplinar, e inseriu-a nas ciências biomédicas, na política e nos meios de comunicação em massa. (SGRECCIA, 2009, p. 27).

Em 1974 a Comissão Nacional para a Proteção dos Interesses Humanos de Biomédica e Pesquisa Comportamental é criada com o intuito de apresentar princípios norteadores da Bioética, o que acontece em 1978, com o Relatório Belmont, onde são explanados três princípios: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça. (SÁ; NAVES, 2009, p. 6). O relatório gerou grandes mudanças nas experimentações com humanos e proporcionando inúmeros progressos. (SOARES; PIÑEIRO, 2006, p. 19).

Com a difusão da Bioética nos Estados Unidos, ela propagou-se nos outros países, onde surgiram comitês e institutos, vinculados às universidades e a hospitais. (SGRECCIA, 2009, p. 30).

A definição de bioética é confundida por muitos autores e estudiosos como sendo a prática do código de ética profissional. No entanto, aduz Pegoraro (2002, p. 79), que a bioética não limita-se apenas ao campo da medicina, ela envolve todas as formas de vida e o meio ambiente, buscando respostas aos grandes entraves que nascem com o avanço da tecnologia científica e o meio ambiente.

A Enciclopédia da Bioética do Instituto Kennedy, definiu em 1995, a bioética como “estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar”. (DINIZ, 2001, p. 10). Assim, ela ultrapassa o campo da medicina para abraçar o ser humano, suas necessidades e o ambiente em que se vive.

Para Clotet (2003, p. 22-23), a bioética é a resposta da ética aos novos casos e situações que se originam da ciência no âmbito da saúde, ela coloca o ser humano, sua liberdade e sua autonomia em destaque ante as descobertas e evoluções da ciência.

Nas palavras de Diniz (2001, p. 13), a bioética deverá promover um estudo deontológico, ou seja, fundamentado no dever e nas normas morais, que preconize eticamente a conduta da pessoa ante as questões levantadas pela biomedicina, que coloca o ser humano frente a decisões complexas, tal como decidir o nascimento de uma nova geração ou não.

A bioética chega próximo a ética, a moral e a deontologia, porém é muito mais complexa, por pensar sempre a partir de um indivíduo, este será a base do pensamento que a bioética usará para responder o problema. Não pretende a bioética determinar normas deontológicas para governar o comportamento do meio médico. A deontologia estabelece as normas alheias à vontade do profissional, ela estabelece o que deve ser seguido e o que deve ser punido. A ética é obtida a partir do estudo do comportamento, se caracterizando em definir o que é bom. Enquanto a moral se traduz na escolha de ação do indivíduo, quando esta se mostra necessária. (SOARES; PIÑEIRO, 2006, p. 24-27).

Aduz Maluf (2010, p. 13) que a bioética envolve a ética das práticas médicas e biológicas, analisando a relação da pessoa consigo e com os outros seres que compõem o planeta, e responde aos questionamentos oriundos das descobertas científicas colocando a dignidade humana no centro.

Consoante Soares e Piñeiro (2006, p. 45-47), a bioética divide-se em dois termos que abrangem todos os temas por ela tratados: a microbioética e a macrobioética. A primeira trata das relações entre o médico e o paciente, e entre profissionais e instituições, buscando responder as questões que se originam no meio médico e conceituar as situações, como a definição da eutanásia, que é considerada por alguns como suicídio assistido, e por outros como homicídio. Quanto à segunda, esta analisa moralmente os avanços científicos e tecnológicos e a manutenção da autonomia do indivíduo na situação.

Necessária foi a constituição de princípios para nortear a Bioética, assim foram instituídos os princípios da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia, princípios do principialismo, a serem estudados no próximo tópico.

## 2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES

Os princípios que permeiam a bioética e que são pertinentes ao presente trabalho são a beneficência, justiça e autonomia, apresentados no Relatório de Belmont, em 1978, e o princípio da não-maleficência, apresentado no ano de 1979 na obra “Principles of Biomedical Ethics” de Beauchamp e Childress, que também discutiu os outros princípios.

Os princípios de outras correntes, tais como o princípio da defesa da vida física, de liberdade e de responsabilidade, da totalidade ou princípio terapêutico, que



pertencem à corrente personalista não serão apresentados ante a não aplicação ao proposto tema.<sup>1</sup>

### 2.2.1 Princípio da Beneficência

Beneficência deriva do latim *bonum facere*, literalmente, fazer o bem e é basicamente o que trata o princípio.

O Relatório de Belmont cuida do Princípio da Beneficência como uma obrigação de fazer o bem. Pessini (2000, p. 46) ensina as regras que o compõem: não causar danos, potencializar os benefícios e diminuir os riscos existentes.

Tal princípio prioriza a busca do bem estar do paciente e que a pesquisa realizada proporcione qualidade de vida às pessoas. Ele é assim explicado por Diniz (2001 p. 15-16): “[...] mais importantes interesses das pessoas envolvidas nas práticas biomédicas ou médicas, para atingir seu bem-estar, evitando, na medida do possível, quaisquer danos”.

Compreende-se assim, que o princípio apresentado no Relatório de Belmont traduz a ideia de somente fazer o bem, não traduz os meios, apenas não promover o mal. Soares e Piñeiro explicam sobre a atuação do profissional da saúde: “[...] o médico precisa avaliar cuidadosamente, em cada caso particular, os riscos e os benefícios da utilização de determinado procedimento.” (2006, p. 32).

Segundo Dall’Agnol (2004, p. 44) aplicando este princípio ao âmbito da ética biomédica, ele concebe a obrigação do profissional de saúde de dar ao paciente seu máximo para garantir sua saúde. Na bioética geral o princípio é aplicado para resolver casos específicos, como o de uma gestação que coloca a vida da gestante em risco, e para garantir o bem-estar de todos, inclusive que o meio-ambiente esteja nessa garantia.

---

<sup>1</sup> A respeito da corrente personalista e os princípios citados aduz Ramos: “[...] o Modelo Bioético Personalista coloca-nos uma “antropologia de referência” e essa antropologia de referência, esse personalismo ontológico, que é a base para o juízo bioético, busca entender o homem na sua essência, em sua natureza, em sua verdade, em sua totalidade e em sua unidade. [...]” Sobre o princípio da defesa da vida física: “[...] Então a defesa da vida física é fundamental e aparece, então, como primeira referência porque ela é co-essencial à manifestação desses valores ou a plena manifestação desses valores, sendo, então, a vida o direito primeiro e o valor primeiro da pessoa. Porém (atenção): ser o primeiro não significa que é um princípio absoluto.” Quanto ao princípio de liberdade e responsabilidade: “[...] na responsabilidade do profissional de tratar o enfermo, como um fim e jamais como um meio, como também na responsabilidade do médico de não aderir a um pedido do paciente considerado pela consciência moral inaceitável.” O princípio terapêutico: “[...] trata da decisão sobre a terapêutica que eu vou propor, a terapêutica que eu vou implementar ao meu paciente.” Disponível em: <[http://hottopos.com/notand9/dalton.htm#\\_ftn9](http://hottopos.com/notand9/dalton.htm#_ftn9)> Acesso em: 2 jun. 2016.

Beauchamp e Childress posteriormente distinguiram o princípio da beneficência da não-maleficência, que será explanado em tópico seguinte. Os autores dos princípios dividiam o princípio da beneficência em duas modalidades, a beneficência geral e a específica. A primeira é voltada à todas pessoas sem distinção, enquanto a segunda é relacionada às pessoas com quem possuímos vínculos. O profissional da saúde tem o dever de agir em prol do paciente, promessa que faz ao acolher a profissão com o Juramento de Hipócrates: “Usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudica-los.” (DALL’AGNOL, 2004, p. 45-47). Assim caracteriza-se a beneficência geral, o médico não possui vínculo com o paciente, porém, torna-se responsável por promover o bem.

A beneficência específica impõe condições para o indivíduo que irá exercê-la, condições essas que devem ser colocadas em prática, sempre promovendo o bem, quando não colocadas têm-se sanções jurídicas. (DALL’AGNOL, 2004, p. 46).

O princípio busca o bem, dos seres humanos e do meio-ambiente que nos cerca, é de extrema importância sua aplicação por todos envolvidos com o meio médico ou com pesquisas.

### **2.2.2 Princípio da Não-maleficência**

Este princípio não foi apresentado no Relatório de Belmont, primeiramente estava implícito no princípio da beneficência, onde deve-se fazer o bem, o que deixa subentendido a não produção do mal, o não causar danos. (DALL’AGNOL, 2004, p. 38). Ele foi introduzido na Bioética por Beauchamp e Childress, com a obra “Principles of Biomedical Ethics”, publicada em 1979, que mostrou uma abordagem mais ampla dos princípios e introduziu o presente princípio.

A não-maleficência aparece no Juramento de Heráclito na expressão: “*primum non nocere*”, em primeiro lugar, não causar dano. Para os criadores do princípio, ele resume-se em não causar dano, seja intencional ou de forma desnecessária. (CLOTET, 2003, p. 67).

Nesse mesmo sentido ensina Diniz (2001, p. 16): “[...] é um desdobramento da beneficência, por conter a obrigação de não acarretar dano intencional e por derivar da máxima da ética médica: *primum non nocere*”.

Resta perceber que existe uma linha tênue entre o princípio da beneficência e o da não-maleficência, em um primeiro momento evita-se a produção do mal, e posteriormente faz-se o bem. Como explica Clotet, “[...] o princípio de não maleficência envolve abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer ação”. (2003, p. 67).

Na esfera da ética biomédica, a não-maleficência implica na obrigação que o profissional da saúde têm de não causar qualquer tipo de dano ao paciente, que já com esta com a saúde debilitada. Dall’Agnol aduz: “[...] ele não significa senão a obrigação do profissional da saúde de, na impossibilidade de fazer o bem, ao menos não cause algum tipo de dano ao paciente.” (2004, p. 39).

Nenhum princípio sobrepõe-se a outro, todos devem ser aplicados para o bem-estar do paciente, inclusive sua vontade, de forma alguma se aplicará um princípio de forma absoluta. Ao aplicar o princípio da não-maleficência, têm-se a não produção de prejuízos ao paciente, no entanto, há de se considerar que no meio médico nem sempre causar um dano é um erro, muitas vezes, é imprescindível causar um dano menor, para um bem maior.

Assim aludem Soares e Piñeiro (2006, p. 32):

Em casos em que o risco não pode ser afastado, o médico deverá, utilizando-se de sua perícia, apontar numa escala qual dos riscos é menor. Quando não houver diferença quantitativa entre eles, é o médico deverá optar pelo que trazer menos sofrimento ao paciente.

A ciência médica não é exata, e o princípio da não-maleficência imputa ao profissional da saúde o dever de atuar com consciência e cuidado. Em diversas situações será necessária a causa de um pequeno dano em busca de um bem maior. (JUNGES, 1999, p. 50-51). O paciente deve estar sempre ciente do benefício e do malefício a que estará sujeito, e cabe ao médico repassar essas informações, de forma clara e de fácil entendimento.

### **2.2.3 Princípio da Justiça**

Beauchamp e Childress explanaram o princípio da justiça definindo “[...] o justo como um tipo de tratamento equitativo que leva em consideração o que é devido a cada um.” (2001, p. 226, apud DALL’AGNOL, 2004, p. 48). Os autores

distinguem a justiça formal da material. A justiça formal, de forma concisa, seria o tratamento igualitário entre as pessoas, enquanto a material trataria da distribuição ativa dos bens tal qual a necessidade. (DALL'AGNOL, 2004, p. 49-52).

Pegoraro (2002, p. 99) trabalha no mesmo sentido, elucidando que princípio da justiça importa em duas vertentes, a primeira seria o tratamento de todos os pacientes com equidade, sem qualquer distinção, uma vez que todos detêm o mesmo direito à saúde, a não ser que a situação seja distinta, “que exige tratamento diferenciado”, e a segunda, trata do Estado, que deve igualitariamente distribuir recursos, e que estes estejam ao alcance de toda a sociedade, para que “todos os cidadãos possam receber cuidados médicos competentes e de qualidade”.

Sá e Naves explicam que o princípio busca maximizar os benefícios da intervenção biomédica com o custo mínimo possível, e além do aspecto financeiro, os aspectos emocionais e físicos, bem como os custos sociais devem ser considerados no princípio da justiça: “[...] justa é a intervenção médica que leva em conta os valores do paciente, bem como sua capacidade de deliberação e unidade psicofísica.” (2009, p. 35).

Para Pessini e Barchifontaine (2008, p. 79) o princípio da justiça se traduz no tratamento igual aos desiguais. Em certo nível todos os seres humanos devem ser tratados como iguais, e em outro mostram muitas diferenças entre si, como a crença religiosa adotada para a vida, os valores e como cada um pretende viver, aqui não se pode imputar o igual à todos que são diferentes. Explicam os autores: “O problema está em saber quem são os iguais.” (2008, p. 79).

Aduz Sgreccia (2009, p. 188) sobre o princípio da justiça:

[...] se refere à obrigação de igualdade de tratamento e, em relação ao Estado, de justa distribuição das verbas para a saúde, para a pesquisa etc. Isso, se não quer dizer, certamente, tratar a todos do mesmo modo, pois são diferentes as situações clínicas e sociais, deveria comportar, todavia, a adesão a alguns dados objetivos, como, por exemplo, o valor da vida e o respeito a uma proporcionalidade das intervenções.

Não ocorrendo o atendimento de forma igualitária, suprimindo as necessidades de cada um de acordo com suas individualidades, pode-se gerar dano à saúde de alguém. As baixas classes sociais é que sofrem o impacto da discriminação, e o presente princípio vem fazer frente a este problema, assegurando

que o Estado tem a obrigação de assegurar as condições básicas para o bem-estar de cada indivíduo, sem qualquer distinção entre eles. (JUNGES, 1999, p. 54-56).

Engelhardt Jr. (2004, p. 156) aduz que “a maior parte dos recursos ao princípio da justiça pode ser entendida como, na raiz, uma preocupação com a beneficência.” Logo, quando o presente princípio não alcança todos os indivíduos de forma igual, atendendo as peculiaridades de cada um, a beneficência não esta sendo promovida a todos, somente a alguns privilegiados.

Por fim, o princípio da justiça importa em garantir a todos o acesso à bens e serviços da saúde, atendendo as particularidades de cada indivíduo, o que é igualmente protegido pela Constituição Federal de 1988, que preceitua o direito à saúde como um direito fundamental, ou seja, garantido à todos independente de qualquer distinção.

#### **2.2.4 Autonomia de vontade**

Assim como os demais princípios, o princípio da Autonomia é correlacionado aos demais princípios da bioética. A palavra “autonomia” deriva do grego *autos* (próprio) e *nomos* (lei, norma), e expressa “auto-imposição de leis”, ou seja, auto-governo, este é o sentido dado por filósofos gregos, e também por Immanuel Kant. No entanto, os autores de “Principles of Biomedical Ethics”, aplicam a autonomia no sentido de liberdade e capacidade do indivíduo de decidir, sendo o princípio que assegura o respeito à autonomia, ou seja, o respeito à vontade do indivíduo. (DALL’AGNOL, 2004, p. 30).

Pegoraro expõe a autonomia como centro dos princípios bioéticos, “[...] no equilíbrio dos três princípios, a autonomia exerce função de gonzo, tão central ela é. [...] Com base na autonomia, propõe-se, como ponto de partida, os direitos e deveres em relação à dignidade da pessoa [...]” (2002, p.102).

Como alude Sgreccia (2009, p.184):

O princípio do respeito da autonomia é considerado básico para todos os outros princípios, funda as considerações sobre o consentimento informado, sobre a verdade do paciente, sobre a recusa dos tratamento, e inclui um ampla teoria semântica (autodecisão, direito à liberdade, privacidade, escolha individual) [...].

Apesar de ser considerado o centro dos princípios, a autonomia encontra limites nos outros princípios, não sendo a única consideração na hora das decisões, mas dando fundamento aos outros, pois “todo ser humano é sujeito e não pode ser objeto nem mesmo da beneficência”. (JUNGES, 1999, p. 41).

Pessini e Barchifontaine explicam que a autonomia no Relatório de Belmont: “[...] é entendida num sentido muito concreto, como a capacidade de atuar e com conhecimento de causa e sem coação externa.” (2008, p. 46).

Sá e Naves (2009, p. 34) doutrinam que o respeito pelas decisões do paciente, de modo livre, sem influências externas é a tradução do princípio em si. Nesse sentido Junges afirma: “Ser respeitado significa ter reconhecido seu direito de autogoverno. É afirmar que o sujeito está autorizado a determinar-se autonomamente, livre de limitações e interferências.” (1999, p. 42).

Diniz ensina sobre o princípio da autonomia: “[...] requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente, ou de seu representante, levando em conta, em certa medida, seus valores morais e crenças religiosas.” (2001, p.15).

A relação entre médico e paciente deve pautar-se na transparência, o primeiro não deve coagir o paciente a determinado tratamento, tampouco suprimir informações. O paciente deve sentir-se seguro ao decidir, o ato deve ser voluntário, no entanto sua capacidade no momento deve ser levada em conta. Alude Junges sobre o consentimento: “[...] a revelação das informações em conformidade com o nível de captação do doente e de sua compreensão adequada”. (1999, p. 43).

Coaduna Sgreccia: “É evidente que ele não pode ser aplicado em pacientes de psiquiatria, por exemplo nas situações de demências ou de psicoses agudas, ou nas situações de incapacidade em expressar o próprio consentimento.” (2009, p. 188). No mesmo sentido, Pegoraro complementa: “Justamente nesses casos aparece a verticalidade e universalidade do princípio da beneficência, que abriga todos os casos em que o princípio de autonomia não pode ser aplicado.” (2002, p. 105).

O consentimento informado é a segurança do princípio da autonomia. Clotet define com “condição indispensável da relação médico-paciente e da pesquisa com seres humanos. [...] decisão voluntária, realizada por pessoa autônoma e capaz.” (2003, p. 89). Junges alega que a competência de cada um é determinada “pela capacidade mental e pela suficiência de racionalidade e competência.” A competência se dá quando se observa três condições: “Capacidade

de tomar decisões, baseado em motivos racionais; capacidade de chegar a resultados razoáveis através de decisões e capacidade de tomar decisão.” (1999, p. 43-44).

É imprescindível citar que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 5º, II, garante o direito à autonomia ao preceituar que ninguém é obrigado a fazer algo que não queria, a não ser por força de lei: “II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;” (BRASIL, 2015-a). Logo, a autonomia também é um direito fundamental.

## 2.3 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Surge na década de 1960, nos Estados Unidos da América, a primeira espécie de diretivas antecipadas. Mais precisamente, em 1967, o testamento vital aplicada à Eutanásia é proposto pela Sociedade Americana, no documento constaria a vontade do indivíduo no momento em que sua vida se manteria apenas por intervenção médica, podendo deixar expresso sua vontade de interromper os cuidados médicos. (DADALTO, 2015d).

Em 1969, o advogado Louis Kutner, propôs o *living will* - testamento vital – tido como uma forma de resolução de conflitos que surgem entre paciente, médicos e família ao permitir que o paciente terminal, por meio de uma prévia declaração, manifeste sua vontade perante os tratamentos a que ele deve ser submetido ao fim de sua vida. (DADALTO, 2015a). O Estado da Califórnia, em 1976, aprova o primeiro diploma legal que reconhece o direito do paciente de recusar o tratamento que preserva sua vida, o *Natural Death Act*, elaborado pela Faculdade de Direito da Universidade de Yale, sendo exemplo para muitos outros estados norte-americanos regulamentarem o testamento vital. (DADALTO, 2015e).

Em 1990, o Congresso dos Estados Unidos da América aprova a lei federal *The Patient Self-Determination Act* (PSDA) – Ato de Autodeterminação do Paciente – que entra em vigor em 1º de dezembro de 1991, e reconhece ao paciente sua autonomia quanto à escolha ou recusa dos tratamentos oferecidos através das diretivas antecipadas. (SÁ; NAVES, 2009, p. 84-85). Clotet (2003, p. 78) esclarece:

A PSDA reconhece o direito das pessoas à tomada de decisões referentes ao cuidado da saúde, aí incluídos os direitos de aceitação e recusa do

tratamento, ao registro por escrito, mediante documento, das mesmas opções, prevendo uma eventual futura incapacidade para o livre exercício da própria vontade.

O momento da aprovação gerou grande repercussão, pois estava em tela o “caso Cruzan”, Nancy Cruzan, estava em coma permanente e irreversível decorrente de um acidente automobilístico, e os pais buscavam nos tribunais a possibilidade de desligarem os aparelhos que mantinham sua vida, pois tempos antes do acidente, a jovem teria confidenciado a uma amiga que não gostaria de ter sua vida mantida por aparelhos. A Suprema Corte deferiu o pedido e ordenou que o hospital realizasse a vontade da família de Cruzan. O caso gerou grande publicidade e deu grande ênfase a aprovação da lei federal PSDA - *The Patient Self-Determination Act*. (DADALTO, 2015a).

Sá e Naves apresentam os três instrumentos da PSDA – Ato de Autodeterminação do Paciente - para que o paciente possa expressar sua vontade: “1) *Living will*; 2) *durable power of attorney for health care*; 3) *advanced care medical directive*.” (2009, p. 85). Essas três formas permitiam ao paciente expressar sua vontade, sendo instrumento de grande autonomia, e a garantia de que sua vontade seria realizada, independente de vontades externas.

O *living will*, “testamento em vida”, cuida do momento que o paciente tornar-se incapaz de manifestar sua vontade, inconsciência ou estado terminal, prevendo suas decisões sobre a aplicação dos tratamentos médicos. (SÁ; NAVES, 2009, p.85). Clotet resume: “manifestação explícita da vontade.” (2003, p. 79).

Borges (2015) explica:

O testamento vital é um documento em que a pessoa determina, de forma escrita, que tipo de tratamento ou não tratamento que deseja para a ocasião em que se encontrar doente, em estado incurável ou terminal, e incapaz de manifestar sua vontade.

O mandato duradouro - *durable power of attorney for health care* – determina um responsável para a tomada de decisões acerca da saúde do paciente. (SÁ; NAVES, 2009, p. 85). Pode-se nomear um ou mais representantes, que irão informar os médicos acerca dos tratamentos que o paciente aceitaria se pudesse exprimir sua vontade. Aqui é necessário que o nomeado conheça os valores e as opiniões do paciente, assim ao tomar uma decisão estará exprimindo a vontade do



paciente, ou então muito próximo de concretizá-la. (DADALTO, 2015c). A terceira forma de PSDA é a *advanced care medical directive* – diretiva do centro médico avançado, voltada ao paciente terminal, e é a junção do mandato duradouro com o testamento vital, onde o paciente determina um representante e estabelece sobre os procedimentos médicos a que quer ser submetido. (SÁ; NAVES, 2009, p. 85).

Em 1986, na Espanha, com a *Asociación Pro Derecho a Morir Dignamente*, já se discutia acerca das diretivas antecipadas, inclusive com a confecção de um testamento vital, porém, sem a efetiva regulamentação. Em 2000, a província espanhola da Catalunha é a primeira a legislar sobre o assunto, sendo seguida por outras cidades autônomas como, Galícia, Madrid, Aragón e outras. Somente em 2002, a Espanha regulamenta as diretivas antecipadas, com a Lei n. 41, adotando o termo “*instrucciones previas*”, por achar que o termo adotado nos Estados Unidos não fazia jus ao real objetivo da lei. (DADALTO, 2015a). Além da mudança do termo, a Espanha também legisla sobre a doação de órgãos após o óbito e o destino do corpo.

Em 2006, Portugal inicia as discussões relativas às diretrizes antecipadas de vontade através da Associação Portuguesa de Bioética, (DADALTO, 2015e), a lei regulamentadora entra em vigor em 2012, trazendo uma inovação ao modelo dos Estados Unidos, que é a criação de um registro nacional para as declarações de vontade, o RENTEV (Registro Nacional do Testamento Vital). A diretiva antecipada de vontade assume eficácia com o registro no RENTEV ou com sua entrega ao hospital ou o próprio médico que cuida do paciente. (BOMTEMPO, 2013). Na América Latina, Porto Rico é o primeiro país a estatuir sobre as diretivas antecipadas de vontade, sendo seguido pela Argentina e Uruguai (DADALTO, 2015e).

No Brasil, há uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), aprovada em 31 de agosto de 2012, sob o n. 1.995, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, reconhecendo o testamento vital e o mandato duradouro. (DADALTO, 2015a). Sua constitucionalidade foi questionada na Ação Civil Pública n. 00001039-86.2013.4.01.3500, proposta pelo Procurador da República do Estado de Goiás, que teve sentença proferida em abril de 2014, reconhecendo sua constitucionalidade. (DADALTO, 2015c).

A Resolução n. 1.995 de 2012 tem força de lei entre a classe médica, porém o Brasil ainda é prematuro na legislação que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, sendo a resolução a única disposição sobre tal. Para

Dadalto (2015a) é “[...] necessário regulamentar as diretivas antecipadas por lei, pois o Conselho Federal de Medicina não possui competência legal para regulamentar pontos importantes e necessários.” Tramitou no Senado Federal, Projeto de Lei do Senador Gerson Camata, que dispunha acerca dos direitos da pessoa em fase terminal, mas foi arquivado em 2014. (BRASIL, 2015).

Alguns estados brasileiros, com respaldo na Constituição Federal de 1988, dispõem de leis que tratam da autonomia do paciente diante tratamentos dolorosos ou extraordinários para o prolongamento da vida, tendo a opção de recusá-los, como São Paulo, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado, sob a lei n. 10.241 de março de 1999, que em seu art. 2º, XXIII dá ao paciente o poder de escolha: “XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e” (SÃO PAULO, 2015). No Estado do Paraná, a lei n. 14.254 de dezembro de 2003 igualmente afirma sobre a opção de recusa diante de tratamentos dolorosos a fim de prolongar a vida. Além dessa garantia, a lei expressa a necessária outorga da família ou responsáveis quando o paciente encontrar-se impossibilitado de expressar sua vontade (PARANÁ, 2015). O Estado de Minas Gerais também assegura em lei, ao paciente o direito de recusar tratamentos dolorosos e extraordinários. (MINAS GERAIS, 2015).

Aplicam-se normas constitucionais e infraconstitucionais para a efetividade das diretivas antecipadas de vontade estabelecidas na Resolução n. 1.995 de 2012, assim, não é possível estabelecer vontade contrária ao ordenamento jurídico brasileiro, como a eutanásia, modalidade proibida no Brasil. A Resolução n. 1.995 de 2012 não estabelece onde se dará o registro da diretiva antecipada de vontade, e sem legislação específica, os casos de diretivas antecipadas de vontade já registrados no Brasil vêm sendo realizados em cartórios, dando formalidade ao ato. Nas palavras de Dadalto (2015a): “Em outras palavras, a lavratura da escritura pública das diretivas antecipadas garante a segurança jurídica.” As diretivas antecipadas de vontade precisam ser regulamentadas em lei no Brasil, de modo a abordar todos os pontos pertinentes ao assunto, não deixando dúvidas ou gerando insegurança jurídica em uma esfera já delicada.

O Conselho Federal de Medicina (2015), na Resolução n. 1.995 de 2012, assim definiu a DAV:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Para Clotet (2003, p. 74) as diretivas antecipadas de vontade comportam a expressão máxima da autonomia do indivíduo:

Trata-se do exercício da autonomia do indivíduo, vinculado ao tratamento médico a ser administrado num futuro estado de incapacidade para a tomada de decisões. Não há dúvida, é o aprimoramento do princípio da autonomia do enfermo, ou futuro paciente.

É fundamentada nos Princípios da Dignidade Humana e da Autonomia, assim como no art. 5º, III da Constituição Federal de 1988, onde aduz que ninguém poderá ser submetido a tratamento desumano.

Coadunam Goiatá e Naves (2015): “As Diretivas Antecipadas de Vontade, possuem como cerne o resguardo aos direitos atinentes à autonomia privada as escolhas do indivíduo em âmbito de cuidados à saúde”.

As diretivas antecipadas dão ao paciente a oportunidade de terem seus desejos atendidos, de não serem submetidos a tratamentos dolorosos, que muitas vezes são impostos à indivíduos já em fase terminal, causando extrema dor quando já não há mais expectativa de recuperação e o que o paciente espera é uma fase com a máxima tranquilidade possível, longe de mais dores além das já oriundas da doença que o acomete. Ao discutir os cuidados que deseja ser submetido, o paciente consegue discutir com a família, expondo suas vontades e evitando conflitos entre eles e os médicos. (NUNES; ANJOS, 2015).

Para que o exercício da autonomia ocorra de forma pura, a equipe médica deve ser acessível ao explicar todos os procedimentos existentes aplicados ao caso, dando ao paciente uma visão geral de sua situação, que conjuntamente com seus valores e opiniões tomará uma decisão, que deve ser aceita pelos médicos e pelos familiares, sendo ela a recusa de tratamento médico ou preferência por qualquer deles. (CLOTET, 2003, p. 84).

Quando o médico não acata uma diretiva antecipada, ele passa por cima dos valores, crenças e religião do indivíduo, violando assim seus direitos fundamentais. (BOMTEMPO, 2013). Clotet explica: “É inquestionável a força do princípio da autonomia do paciente e a primazia concedida ao mesmo pelas leis e a

sociedade.” (2003, p.86). A vontade do paciente firmada em uma Diretiva Antecipada de Vontade é a expressão de seu direito e uma garantia para que não ocorra violação deste direito que lhe é garantido.

### 3 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

O segundo capítulo deste trabalho tratará da evolução dos transplantes de órgãos. Englobando sua primeira menção pelos seres humanos, seu progresso na medicina e sua atual condição.

Serão tratadas as variações que o termo “transplante” possui, também os tipos existentes no meio médico e, por fim, as normativas que contemplam o assunto na esfera jurídica brasileira.

#### 3.1 A HISTÓRIA DOS TRANSPLANTES

As lendas permearam os séculos passados e eram usadas para contar a história do povo, ensinar lições e explicar o inexplicável, muitas elas advindas da fé religiosa. Eram tempos em que a ciência não era utilizada e o conhecimento científico não existia.

O Universo era comandado por forças externas, representadas por deuses, os quais tomavam diferentes formas para cada povo e cultura. Chineses, indianos, gregos e tantos outros povos possuíam suas próprias lendas, cada um retratando sua cultura. Tais crenças foram às primeiras a mencionar os transplantes, ainda que não se utilizando a referida expressão. Isso porque, observa-se que as histórias contam sobre deuses e criaturas que possuíam membros de diferentes espécimes e eram salvos por curandeiros ou divindades que lhes concediam uma parte de outro ser. Sá e Naves (2009, p. 276) explicam que existem muitos documentos nesse sentido nas civilizações antigas, mas destacam-se a China e a Índia antiga.

As crenças da antiga Índia foram passadas de gerações em gerações, até cerca de 1.200 anos a.C, quando foram transcritas, no que pode ser considerado o primeiro livro sagrado da história, os “Vedas”, o qual era composto por IV volumes, com 1.028 hinos que demonstram a devoção e o espiritualismo do hinduísmo e possuem menções aos transplantes. (SANTORO; SARTORELLI, 2016).

Em sua obra, Petroianu (2016) considera que a antiga Índia era evoluída no campo medicinal já no início dos tempos e afirma:

Há milênios já se sabia naquele país que a morte do indivíduo ocorria em seu cérebro, local do *atman*, ou sopro vital, responsável pela consciência, o *indriya*, que representa a percepção das sensações. Ao corpo restava o papel de "recipiente", que deixava de importar após a morte cerebral e podia ser utilizado ou cremado.

A tradição Hindu conta como primeiro transplante mitológico a lenda de Ganesha, trata-se de um xenotransplante – de animal para homem. A lenda conta que Parvati, casada com Shiva, sentia-se muito sozinha devido a grande ausência do marido. Para suprir este vazio, modelou no barro um filho, a quem deu vida e o nome de Vighneshawara. Certo dia, Parvati foi banhar-se em um rio e pediu que o filho vigiasse e não deixasse ninguém se aproximar. Porém, neste dia, Shiva chegou em casa e, ao procurar Parvati, não foi reconhecido e foi impedido pelo filho de aproximar-se do rio. Furioso, Shiva cortou a cabeça de Vighneshawara. Parvati ficou em estado de profunda tristeza e, para reverter a situação, Shiva procurou a cabeça do filho, como não foi encontrada, enviou demônios a procura de uma cabeça de menino para substituir a perdida. Os demônios só encontraram um bebê elefante, o qual dormia afastado da mãe, cortaram-lhe a cabeça e levaram a Shiva, este colocou a cabeça no corpo da criança, devolveu-lhe a vida e deu-lhe um novo nome, Ganesha. (WHITTAKER, 2000, p. 67-68). A lenda de Ganesha é uma das mais conhecidas do hinduísmo.

Na tradição chinesa, os *DemonMyths* tratam do transplante de coração e também do transplante de face. A literatura conta que Zhu Ertan, por provocação dos amigos, desceu até a câmara dos horrores e retornou trazendo a imagem de um juiz, ele derramou vinho e convidou o juiz a beber com ele. A partir daí, o juiz, Lu, começou a frequentar a casa de Zhu. Certa noite, quando este dormia, Lu substituiu o coração de Zhu por um que havia retirado do mundo inferior, mas que estava em melhores condições. Após o transplante, Zhu pediu que o juiz trocasse o rosto de sua esposa que considerava feio por um belo, dias mais tarde, Lu retorna com o rosto de uma bela jovem, e realiza a troca da face da esposa de Zhu. (SÁ; NAVES, 2009, p. 277). Além dessa conta-se a façanha do cirurgião *PienChiao*, que, 300 a. C., fez a troca de órgãos entre dois irmãos. (LEITE, 2000, p. 103).

Sá e Naves (2009, p. 277), ensinam que há alusão aos estágios do procedimento de transplante nas lendas, tais como “*seleção apropriada, remoção habilidosa, limpeza das partes utilizáveis, [...], remoção da parte do doador e transplante no receptor [...]*”. Petroianu (2016) aduz que “*no passado, encontra-se também o futuro*

*científico*". Logo, vemos que o transplante de órgãos teve base mitológica e, com o avanço da medicina e experiências realizadas, ocorreu uma evolução daquilo que se encontra nos mitos.

Na Era Medieval, período entre século V e o século XV, há o relato de um milagre realizado pelos irmãos Cosme e Damião, que na época em que viviam praticavam medicina por caridade. O milagre veio a ocorrer 200 anos depois da morte dos irmãos, no início do século IV, quando realizaram o transplante da perna de um paroquiano que havia necrosado e substituíram pela perna de um etíope que acabara de falecer (PETROIANU, 2016). Conta a lenda dos santos:

Para substituir a perna gangrenada de um doente que tinham necessidade de amputar foram os Santos ao cemitério, em busca de uma que lhes pudesse servir para aquele fim. O único cadáver utilizável naquela ocasião era o de um negro etíope, mas os Santos não tinham preconceitos raciais nem problemas de histo-compatibilidade. Retiraram, pois, do cadáver o segmento do membro de que o enfermo carecia e a transplantação foi, por graças de Deus, um êxito completo, realçado ainda pela diferença da cor. (LEITE, 2000, p. 104).

Na Bíblia, há uma passagem onde Deus concede a Adão uma mulher para que não ficasse só. Pode se considerar como o primeiro exemplo de uma resseção costal feita com uso de anestesia:

Disse mais o Senhor Deus: Não é bom que o homem esteja só [...]. Mandou pois o Senhor Deus um profundo sono a Adão; e quando ele estava dormindo, tirou Deus uma das suas costelas, e pôs carne em seu lugar. E da sua costela que tinha tirado de Adão, formou o Senhor Deus uma mulher [...]. (BÍBLIA SAGRADA, 1979, p. 3).

Ao provocar o sono profundo, Deus anestesiou Adão, em seguida, ao tomar-lhe a costela realizou um procedimento cirúrgico, finalizando-o com a sutura, ao fechar a ferida. (SÁ; NAVES, 2009, p. 278).

Saindo da esfera mítica, encontramos nos descobrimentos arqueológicos, registros de transplantes de dentes realizados no Egito, na Grécia e na América pré-colombiana. (DINIZ, 2001, p. 245). Na Índia, além dos transplantes dentários também se têm registros de transplantes de cabelos. (PETROIANU, 2016).

Entre os séculos XV e XVI, se tem as primeiras tentativas de transplantes com a utilização de tecidos precedentes de animais e de pessoas, no entanto, a falta de conhecimentos na área e as infecções causadas devido aos procedimentos

realizados de forma primitiva, levaram as tentativas ao fracasso (LEITE, 2000, p. 104).

Somente com a cirurgia moderna é que o transplante ocorreu de forma satisfatória. Como ensina Diniz (2001, p. 245): “foi somente pela adoção dos princípios basilares da moderna cirurgia, com o refinamento de instrumental, anestesia, [...], que o transplante de órgãos e tecidos passou a ser considerado um método científico.” Até então, foram tentativas que tanto tiveram êxito como também fracassaram.

O cirurgião francês Ambrósio Paré (1517-1590) que atendeu grandes reis como Henrique II, Carlos IX, Francisco II, dentre outros, realizou grande descoberta ao aplicar nas amputações a cauterização, que é de grande importância no ligamento dos vasos na cirurgia de transplantes. (LEITE, 2000, p. 104-105).

Em 1778, a palavra “transplante” foi utilizada pela primeira vez pelo cirurgião inglês John Hunter, que realizou transplante de dentes entre indivíduos, e transplantou os testículos de um galo em uma galinha. (LEITE, 2000, p. 105).

Em 1902, Ullman, De Castello e Carrel, trabalhando de forma independente, fizeram transplantes de rins de um animal, colocando em outros indivíduos e também em outro animal da mesma espécie, concluíram que os rins eram capazes de produzir urina. (LEITE, 2000, p. 105).

Em 1905 foi realizado transplante de córnea pelo médico Edward Zirm, na Áustria. Os olhos foram retirados de uma criança e transplantados em Alois Glogar, que havia sofrido queimaduras químicas nos olhos, o resultado foi positivo. Em 1944, na cidade de Nova York, foi fundado o primeiro banco de olhos. Hoje existem vários espalhados pelo mundo, o que garante a conservação por mais tempo que os outros órgãos. (PORTAL DA OFTALMOLOGIA, 2016).

Passaram 20 anos sem grandes progressos, até 1931, quando na Itália, o médico Gabriel Janelli efetuou transplante de glândulas genitais, doados por pessoa viva, que em troca recebeu pecúnia (LEITE, 2000, p. 105).

Como explicam Sá e Naves (2009, p. 278) “tal fato suscitou polêmicas no campo das ciências médicas e jurídicas, porquanto o doador vivo cedeu a glândula por dinheiro”. A doação em troca de pecúnia ainda gera polêmica nos dias atuais, e é terminantemente proibida pela legislação pátria.

Em 1954, tem-se avanço significativo na área. No Hospital Peter Brighan de Boston, o cirurgião Joseph Murray transplantou o rim de um irmão, Ronald



Herrick, no outro irmão gêmeo, Richard Herrick. O resultado foi positivo e atribuído ao fato de serem gêmeos (LEITE, 2000, p. 105). As palavras do cirurgião sobre o momento da cirurgia mostram a grandeza do feito:

Houve um silêncio colectivo na sala de operações à medida que fomos retirando gentilmente os grampos dos vasos que tinham acabado de ser ligados ao rim transplantado. À medida que o fluxo de sangue foi sendo restaurado, o novo rim começou a engrossar e a ficar rosa. (PÚBLICO, 2016).

O receptor do rim, Richard Herrick, sobreviveu durante oito anos após o transplante, vindo a falecer por conta de uma glomerulonefrite<sup>2</sup> no rim transplantado (COELHO, RIBAR; SAITOVITCH, 2010, p. 126).

O primeiro transplante de fígado ocorreu em 1963, realizado pelo médico Starzl, o procedimento foi um fracasso e a partir deste momento Starzl aprofundou-se nos procedimentos e princípios, os quais acompanham o transplante de fígado até os tempos de hoje (MEIRELLES JÚNIOR et al., 2016). Ainda em 1963, ocorreu o transplante de pulmão. Em 1967, o primeiro transplante completo de pâncreas e, por volta de 1970, o de medula óssea (LEITE, 2000, p. 106).

Na África do Sul, na Cidade do Cabo, no Hospital GrotteShuur, o doutor Christian Barnard, no ano de 1967, faz uma grande cirurgia. Ele retirou o coração de Louis Washkansky, e colocou no lugar o da jovem Denise Ann Darvall, que acabara de morrer em decorrência de um acidente de trânsito, no qual fraturou o crânio e o cérebro ficou destruído. (LEITE, 2000, p. 106). Antes deste feito, o médico fazia experiências com transplantes em animais, principalmente em cachorros.

O caso envolveu grandes riscos, Louis foi o primeiro paciente a submeter-se a este tipo de transplante, tinha grandes possibilidades de não sobreviver, mas, acreditava que já não lhe restava muito tempo de vida por conta da diabetes e do fígado hipertrofiado. No caso da doadora do coração, seu estado após o acidente era tão crítico, que os médicos convenceram o pai, Edward Darvall, que não havia nenhuma chance dela sobreviver, então ele autorizou a retirada do coração. Washkansky faleceu dezoito dias após a cirurgia (LEITE, 2000, p. 107).

---

<sup>2</sup>A Glomerulonefrite ou Glomerulopatia é uma doença renal, em que ocorre lesão dos Glomérulos ou pequenos vasos sanguíneos nos rins. (Portal da diálise. Disponível em: <<http://www.portaldadialise.com/articles/glomerulonefrite>> Acesso em: 12 mar. 2016).

Após este grande feito, muitas outras cirurgias se seguiram em todas as partes do mundo. Sabe-se que, em 1968, mais de cem corações foram transplantados, porém raros os casos em que o paciente conseguiu sobreviver alguns anos (LEITE, 2000, p. 107).

Anos mais tarde, nos Estados Unidos, acontece uma doação que mobiliza dois hospitais e duas equipes médicas. O doador é um homem de 32 anos que morreu em razão de um acidente automobilístico. Um paciente recebeu o coração e os pulmões, pois sofria de fibrose cística<sup>3</sup>; e o coração deste paciente, foi transplantado em um homem que estava à espera de um doador. O transporte dos órgãos foi realizado por meios já avançados e foram conservados no gelo (LEITE, 2000, p. 108).

Atualmente, no Brasil, utiliza-se a técnica do gelo com aperfeiçoamentos para transporte dos órgãos, que é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na Resolução nº 66 de 2009, Seção IV. (BADOCH et al., 2016).

Com a evolução da medicina, foram descobertas as causas que impediam os transplantes de terem êxito. Foram criados procedimentos e medicamentos que acabaram com as rejeições, tornando então, os transplantes de órgãos um meio de salvar vidas com sucesso. Por esta razão, hoje eles ocorrem por todo o mundo, sempre com inovações e evoluções. Inclusive, cogita-se a transplante de órgãos “criados” em animais para o ser humano. E surgem, a cada dia, outros métodos e tipos de transplantes.

### 3.2 TIPOS DE TRANSPLANTES

A palavra “transplante” é originária do latim *transplantare* e tem como definição a transferência de “órgão ou porção deste de uma para outra parte do mesmo indivíduo, ou ainda, de indivíduo vivo ou morto para outro indivíduo” (BANDEIRA, 2001, p. 27).

Para Diniz (2001, p. 261), transplante é “a amputação ou ablação de órgão, com função própria, de um organismo para ser instalado em outro e exercer

---

<sup>3</sup> A fibrose cística, uma doença genética autossômica recessiva, é a terceira maior causa de indicação de transplante pulmonar, uma vez que a grande maioria dos pacientes portadores dessa patologia evolui a óbito por insuficiência respiratória, devido a muitos anos de infecção pulmonar crônica. (TURAÇA, Karina et al. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/69582>> Acesso em: 17 mai. 2016.

as mesmas funções”. No mesmo sentido, Bandeira (2001, p. 27), aduz que o transplante é a “retirada de órgãos ou partes de seres humanos, para aproveitamento, com fins terapêuticos, noutros seres da mesma espécie”.

Nesse seguimento, Sgreccia (2009, p. 657), afirma que os transplantes “realizam-se entre tecidos enxertados e o organismo hospedeiro os fenômenos vitais que recebem o nome de sobrevivência, adaptação, desenvolvimento.” Leite traduz a palavra transplante como “ato ou efeito de transplantar ou transplantar-se, i. e., mudar de um lugar para outro.” (2000, p. 111).

O enxerto, confundido com o transplante em diversos casos, trata-se da inserção de algo em outro lugar, de maneira que passe a integrar este lugar onde foi inserido. (LEITE, 2000, p. 111).

Nas palavras de Diniz (2001, p. 269): “Enxerto, [...], é a secção de uma porção do organismo, próprio ou alheio, para instalação no mesmo organismo ou no de outrem, com fins estéticos e terapêuticos, sem exercício de função autônoma”.

Já o implante refere-se à tecidos mortos ou conservados a serem postos em um corpo (SGRECCIA, 2009, p. 657). Cuida-se de reimplante, quando reintegra-se parte de corpo humano que foi dele separado, como no caso em que os médicos reintegram ao corpo parte que foi tragicamente separada. (DINIZ, 2001, p. 262).

Os transplantes classificam-se em autotransplante, isotransplante, alotransplante e xenotransplante. O primeiro se dá quando o mesmo indivíduo é o doador e receptor (DINIZ, 2001, p. 262-263). Nas palavras de Leite (2000, p. 119): “Transferência de tecido ou órgãos de um lugar a outro na mesma pessoa. [...] sendo, portanto, partes anatômicas do mesmo organismo”. É o que ocorre nas operações de “ponte de safena”<sup>4</sup>, que retira uma parte da veia safena para implantá-la em outro local. É conhecido também como autógeno, transplante autoplástico. (BANDEIRA, 2001, p. 34).

O isotransplante ou transplante isogênico se dá em caso de gêmeos univitelinos (DINIZ, 2001, p. 262). Os indivíduos a serem transplantados possuem a mesma espécie e as mesmas características genéticas. Nestes casos, não há problemas de rejeição. (LEITE, 2000, p. 119).

---

<sup>4</sup> A ponte de safena, também conhecida por cirurgia de revascularização do miocárdio, consiste na retirada de uma parte da veia safena localizada na perna, para criar uma ponte por cima das artérias do coração para tornar possível a passagem sanguínea. (LIMA, A. Disponível em: <http://www.tuasaude.com/ponte-de-safena/> Acesso em: 18 mai. 2016).

Alotransplante, também conhecido como homotransplante, é quando o doador e o receptor possuem características genéticas diferentes. O doador pode ser vivo ou morto. É o tipo de transplante mais comum. (DINIZ, 2001, p. 263).

E por último, o xenotransplante que utiliza-se de órgãos ou tecidos de animais e transplanta-se em seres humanos. Assim, entende-se: “A xenotransplantação, cujo prefixo ‘xeno’ deriva da palavra grega “estranho” refere-se ao transplante de órgãos vivos, tecidos e/ou células de animais, geneticamente modificados ou não, entre espécies diferentes.” (RAMOS, A., 2016).

Os primeiros transplantes deste gênero datam do século XVIII, e deram-se de córneas de cães e gatos para seres humanos. Não há relatos de sucesso. Atualmente, é procedimento rotineiro o transplante de válvulas do coração de porco para seres humanos, bem como, da pele para tratamento de grandes queimaduras (MALUF, 2010, p. 212). Sgreccia (2009, p. 655-656), cita tentativas de transplantes do coração de babuínos e do fígado de chimpanzé, no entanto, ainda sem pesquisas suficientes que comprovem a viabilidade do procedimento.

Quanto às partes anatômicas que podem ser objetos de transplantes, há duas classificações.

A primeira é o transplante de tecidos ou isotransplantes. Bandeira (2001, p. 35) conceitua: “Utilizados em virtude de traumatismos ou processos mórbidos irreversíveis e necessários não só para suprir funções de importância secundária, mas também para reintegrar organismo em seu aspecto morfológico”.

Leite (2000, p. 117), destaca a medula óssea, a pele, córneas, válvulas cardíacas, cartilagem costal (cirurgias reconstrutivas), entre outros tecidos que tem grande uso na medicina. No fim, destacam-se os epitélios<sup>5</sup> e o tecido muscular.

A segunda classificação envolve o transplante de órgãos, também conhecido como organotransplantes. Define-se órgãos como um conjunto de tecidos que exercem uma função específica. Assim, coração, rins, pâncreas, pulmão, fígado, e todos os outros que compõem o corpo humano são passíveis de sofrer transplante (LEITE, 2000, p. 113-115).

---

<sup>5</sup> Especializados em revestir e proteger todas as superfícies do organismo, os tecidos epiteliais são formados por células justapostas e geralmente poliédricas. [...] Recobrimo as camadas mais superficiais da pele e de todas as superfícies internas do corpo, os epitélios de revestimento constituem a camada limítrofe entre a matéria viva e o meio ambiente. (NESPOLINI et al. Disponível em: < [http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/biologia/5\\_perodo/Histologia\\_Basica.pdf](http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/biologia/5_perodo/Histologia_Basica.pdf) > Acesso em: 2 jun. 2016).

Os transplantes de órgãos e tecidos, por sua vez, podem ocorrer em duas hipóteses: *inter vivos* ou *post mortem*.

O transplante de órgãos e tecidos *inter vivos*, ou entre vivos, referem-se aos sujeitos do transplante. Assim é chamado, pois o doador (aquele que doa) e receptor (aquele que irá receber o órgão ou tecido) estão em pleno gozo de seu direito à vida. (LEITE, 2000, p. 121).

A Lei n. 9.434 de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, em seu art. 9º, §§ 3º a 8º, e o Decreto n. 2.268 do mesmo ano, no capítulo III, seção II, admite a doação de órgãos e tecidos, mediante comprovação de necessidade terapêutica do receptor (DINIZ, 2001, p. 275).

Há critérios para que ocorra a retirada de órgão ou tecido em vida, estes devem ser rigorosamente seguidos, somente se comprovado o seu preenchimento é que será admitido o transplante. São critérios: capacidade do doador, autorização judicial, justificativa médica, vínculo familiar específico entre doador e receptor e, ainda, ela deve ser gratuita. (MALUF, 2010, p. 214).

O doador deve ser pessoa juridicamente capaz e deve estar informado pelo médico de todas as consequências e riscos que a doação irá acarretar. (LEITE, 2000, p. 126). Nas palavras de Diniz (2001, p. 276) a doação deve ser:

[...] gesto de solidariedade humana livre de qualquer constrangimento e revestido de gratuidade, pois não se pode, sob pena de ferir a dignidade humana dispor, de órgãos ou tecidos humanos como se fossem mercadorias destinadas à venda, visto que tal ato equivaleria a uma coisificação do ser humano.

A lei dispõe que, preferencialmente, a doação seja realizada por escrito, com a especificação do órgão ou tecido a ser doado e perante duas testemunhas que assinarão o termo. Este documento, deve ser realizado em duas vias, uma das quais é encaminhada ao Ministério Público do local de domicílio do doador. (DINIZ, 2001, p. 276).

Explica Leite (2000, p. 126) sobre a declaração do doador:

[...] a declaração de vontade do doador, na hipótese de transplante de órgãos e tecidos *inter vivos*, deve respeitar o seu mais íntimo desejo de servir o receptor, mas, por outro lado, deve também ser exarada com total consciência dos prejuízos e riscos que o ato envolve.

Há uma exceção quanto à capacidade do doador, esta envolve a doação de medula óssea e permite que um menor de idade seja o doador, mediante autorização dos pais ou tutor, juntamente com a autorização judicial, desde que não coloque sua vida em risco. (MALUF, 2010, p. 214-215).

A autorização judicial, além de ser necessária nos casos de doador de medula óssea incapaz, é também necessária quando a pessoa não tem vínculo consanguíneo com o receptor, dispensada no caso de doação de medula óssea, é o que dispõe o art. 9º da Lei n. 9.434/97. A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 2016) assim aduz: “Pela lei, parentes até quarto grau e cônjuges podem ser doadores; não parentes, somente com autorização judicial.”

A doação *inter vivos* somente pode ser realizada com órgãos duplos, partes recuperáveis ou regeneráveis de órgãos ou tecido. Como cita Diniz (2001, p. 277):

[...] cuja remoção não traga riscos para a vida ou a integridade física do doador, não comprometa suas aptidões vitais e saúde mental, nem lhe provoque deformação ou mutilação, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável e inadiável para a pessoa receptora.

Assim, é imprescindível a declaração do médico, na qual constará que a doação não irá comprometer a saúde do doador. Leite (2000, p. 131) esclarece que: “não se admite o transplante de órgãos ímpares ou daqueles que, apesar de dúplices, se retirados ocasionariam a incapacidade total e permanente do doador.” A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (2016) mostra quais órgãos podem ser doados:

RIM: doa-se um dos rins (é a doação mais frequente *inter vivos*); MEDULA ÓSSEA: pode ser obtida por meio da aspiração óssea direta ou pela coleta de sangue periférico; FÍGADO: parte do fígado pode ser doada; PULMÃO: parte do pulmão (em situações excepcionais); PÂNCREAS: parte do pâncreas (em situações excepcionais).

Por fim, cabe ressaltar que o receptor deve se encontrar em estado de saúde incapacitante e que a doença seja irreversível por outras técnicas terapêuticas a não ser o transplante. E o doador pode revogar sua decisão a qualquer tempo antes do procedimento iniciar. (MALUF, 2010, p. 216).

A outra modalidade de transplantes é a *post mortem*, ou seja, aquele que é realizado quando o doador já está morto. Nesse caso, temos que “[...] o receptor (sujeito passivo) do transplante é um ser vivo que necessita de um órgão ou de um tecido proveniente de um cadáver, que figurará como doador (sujeito ativo)”. (LEITE, 2000, p. 135).

A determinação da morte é fundamental para que seja dado início ao procedimento do transplante *post mortem*. Anteriormente, a morte era determinada por parada cardíaca, porém, ocorreram casos em que a morte fora decretada, no entanto o indivíduo continuava vivo, como em 1973 na Califórnia, Estados Unidos, um menino sofreu uma grave lesão e sua mãe autorizou o transplante de alguns de seus órgãos, quando os médicos começaram a preparação da cirurgia perceberam que ele respondia à dor, o menino voltou a respirar quarenta e cinco minutos depois. (CHAVES, 2016). Além da impossibilidade de configurar certeza com a parada cardíaca, o avanço da medicina proporcionou desenvolvimento de técnicas de reanimação, logo, surgiram novos conceitos e descobertas, passando-se a utilizar a morte encefálica como critério para determinar a morte. (BANDEIRA, 2001, p. 94-95).

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2016) explica a morte encefálica - ME:

[...] é a definição legal de morte. É a completa e irreversível parada de todas as funções do cérebro. Isto significa que, como resultado de severa agressão ou ferimento grave no cérebro, o sangue que vem do corpo e supre o cérebro é bloqueado e o cérebro morre. Morte encefálica é permanente e irreversível.

Logo, “enquanto se mantiver um resto de função cerebral, deve-se respeitar esta vida enquanto tal, independentemente de seu estado de saúde, das suas condições de vida ou de seu estado de sofrimento”. (LEITE, 2000, p. 100).

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução n. 1.480 de 1997, prevê os requisitos para que a morte encefálica seja declarada, além dos critérios clínicos, previstos no art. 4º da Lei n. 9.434/97, os quais são o coma perceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia, há critérios complementares também, que são opcionais, como a ausência de atividade bioelétrica, ausência de perfusão sanguínea cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral. (MALUF, 2010, p. 218).

A morte deverá ser comprovada por dois médicos, sendo um deles especialista em neurologia. Além destes, a família pode indicar um médico de sua confiança que acompanhará o procedimento da constatação da morte encefálica (SÁ; NAVES, 2009, p. 286). A presença do médico indicado pela família não pode, pela demora do comparecimento, tornar a retirada dos órgãos inviável. Um médico indicado pelo SUS pode acompanhar o diagnóstico caso a família seja carente financeiramente (DINIZ, 2001, p. 265).

Diagnosticada a morte, emite-se uma declaração de cessação de atividade cerebral e os médicos que atestaram a morte do indivíduo não podem fazer parte da equipe médica que realizará o transplante. Todos os documentos referentes ao paciente serão guardados por no mínimo cinco anos, em arquivo na instituição em que o transplante foi realizado (BANDEIRA, 2001, p. 102-103).

Maluf (2010, p. 219), esclarece que “na operação de retirada e transplante de tecidos e órgãos deverão ser preservadas a circulação e a oxigenação do corpo para garantir a nutrição e evitar a deterioração de certos órgãos e tecidos.” Posteriormente a retirada dos órgãos do cadáver, sua recomposição é obrigatória antes que seja entregue aos responsáveis para o funeral. (LEITE, 2000, p. 148).

Os procedimentos adotados para a realização do transplante, inter vivos ou post mortem, são regulados por lei, juntamente com orientações do Conselho Federal de Medicina.

### 3.3 A NORMATIZAÇÃO DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A primeira menção no ordenamento jurídico brasileiro sobre transplantes foi em 1963, com a Lei n. 4.280, composta de nove artigos, que dispôs sobre “a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida”. A lei regulava que somente seria possível a extirpação do cadáver mediante autorização escrita do morto, ou não oposição do cônjuge ou parentes até segundo grau. Além desses, corporações religiosas ou civis responsáveis pelo despojo também dariam o aval. Não houve menção alguma sobre a constatação do momento da morte e como ele se daria. (BRASIL, 2016-c).

Em 10 de agosto de 1968, é publicada a Lei n. 5.479, que revogou a anterior e versou sobre a “retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de



cadáver para finalidade terapêutica e científica”. A lei trouxe como requisito para doação a prova incontestável da morte, porém, não estabeleceu como se daria o procedimento. Ela regulou a retirada dos transplantes de tecidos e órgãos do cadáver e, no art. 10 determinou acerca da disposição de órgãos do corpo vivo, desde que não tragam prejuízos à saúde do doador. (BRASIL, 2016-d).

Em 1990, foi proposto Projeto de lei, pelo deputado Leonel Júlio, o qual continha em seu texto a diminuição de um terço da pena do detento que realizasse doação de tecido ou órgão, após sua morte, ou em metade da pena, caso houvesse doação em vida. A intenção era elevar o número de doação, porém, o projeto não foi aprovado (LEITE, 2000, p.165). A doação de órgãos do preso, “não seria uma doação livre e consciente, porque a situação prisional provoca estado de ansiedade, depressão, desespero, angústia e, até mesmo, psicose carcerária, que viciam a manifestação de vontade” (DINIZ, 2001, p. 284).

A Lei n. 8.489, aprovada em 18 de novembro de 1992, determinou que, caso houvesse manifestação do de cujus em favor da doação, a família não seria consultada, somente em caso de ausência de manifestação. Além de trazer no seu texto a utilização da morte encefálica para determinação do momento em que a vida termina. A lei foi regulamentada pelo Decreto n. 879, de 1993, que acabou sendo revogado em 1994 (BRASIL, 2016-e).

Em 1997, foi promulgada a Lei n. 9.434, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”. Em seu art. 4º, foi estabelecido que todos seriam doadores: “Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem” (Brasil, 2016-f).

Assim, aquele que não quisesse ser doador, deveria expressar sua vontade, que constaria em documento pessoal, é o que dizia o 4º, §1: “A expressão “não-doador de órgãos e tecidos” deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável, na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição” (BRASIL, 2016-f).

No art. 3º da Lei n. 9.433 de 1997 a morte encefálica é prevista como fator determinante da morte e dá ao Conselho Federal de Medicina a competência para decidir os critérios clínicos que serão utilizados para realizar o diagnóstico. Em 1997, o CFM publica a Resolução de n. 1.480, que traz os requisitos para declarar a morte

encefálica, juntamente com um termo que deve ser preenchido pelos médicos que atestarem a morte.

O art. 11 da Lei n. 9.434 de 1997 regula sobre a proibição de propagandas envolvendo a doação de órgãos:

É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure: a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades; b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único; c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares. (BRASIL, 2016-f).

Em seu parágrafo único, fica estabelecido que órgãos de gestão nacional e o Sistema Único de Saúde farão, com periodicidade, campanhas para esclarecer ao público os benefícios da doação de órgãos:

[...]

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos. (BRASIL, 2016-f).

O Decreto n. 2.268 de 1997, regulamentou a criação do Sistema Nacional de Transplante (SNT), que ficou responsável pelo desenvolvimento do processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas (BRASIL, 2016-g). O Sistema Nacional de Transplantes declara que atualmente o Brasil é destaque no sistema público de transplante, e que atua na intenção de reduzir o tempo nas filas de espera:

A atuação do SNT tem-se concentrado, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que hoje aguardam pelo procedimento. O Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual cerca de 95% dos procedimentos e cirurgias são feitos com recursos públicos. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece assistência integral ao paciente transplantado. (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Em 2001, a Lei n. 10.211, revogou alguns artigos da Lei n. 9.434 de 1997, sendo um dos mais polêmicos o art. 4º, pois aboliu a doação presumida e estabeleceu a necessidade da manifestação de vontade do indivíduo de doar, e posteriormente a autorização da família, que pode ou não autorizar, independente

da vontade do doador (Brasil, 2016-h). A manifestação pode ocorrer na forma das diretivas antecipadas, apresentadas no primeiro capítulo deste trabalho.

As técnicas de transplantes de órgãos e tecidos foram aperfeiçoadas ao longo dos anos. Chegamos a um momento em que a maioria dos procedimentos de transplantes realizados são exitosos, no entanto, a demanda de doares não comporta as filas de espera, assim, pessoas ficam anos lutando contra o tempo, na esperança de um doador compatível. Nesse contexto, o art. 4º da Lei n. 10.211, restringe a vontade do doador ao estabelecer o aval da família como necessário para doação, o que será apresentado no próximo capítulo.

## 4 A AUTONOMIA DE VONTADE DO DOADOR DE ÓRGÃOS, CONTEMPLADA NA DIRETRIZ ANTECIPADA PERANTE O ART. 4º DA LEI DOS TRANSPLANTES

Neste terceiro capítulo explicar-se-á sobre a aplicação do testamento vital no Brasil, a sua não normatização e a doação de órgãos como disposição testamentária. A doação de órgãos do paciente como expressa manifestação e autonomia da vontade, ato solidário e altruísta, que pode ser suprimido pela vontade familiar.

### 4.1 A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS CONTEMPLADA NO TESTAMENTO VITAL

A palavra ‘testamento’ deriva do latim, *testari*, que significa testemunhar. O sufixo *mentun* ou *mentis* é acrescido depois, e origina-se o substantivo, traduzindo-se, têm-se o expressar a vontade ou a mente em presença de testemunhas. (RIZZARDO, 2008, p. 232).

Historicamente, o testamento surge no direito romano, com a necessidade de dar prosseguimento ao parentesco familiar, quando estas se encontravam próximas à extinção, assim, o *pater famílias* outorgava a alguém o título de herdeiro. (HIRONAKA, 2007, p. 214). Houveram várias formas de testamento na antiga Roma.

Dias aduz sobre o testamento: “É considerado ato de última vontade para significar a ser a derradeira decisão de uma pessoa sobre bens ou outros assuntos de seu interesse.” (2011, p. 346). Ou seja, se utiliza do princípio da Autonomia, e gera efeitos somente após a morte do testador.

No mesmo sentido, ensina Rizzardo: “Pelo testamento, há a faculdade de estender a vontade do ser humano para depois de sua morte, através de um ato de vontade.” (2008, p. 228).

O testamento é definido como: “negócio jurídico personalíssimo, unilateral, solene e gratuito. Apenas produz efeitos após a morte do testador, sendo que, até então, é revogável.” (SOUZA, 2010, p. 635).

Expõem Carvalho e Carvalho: “Testamento é o ato pelo qual uma pessoa dispõe da totalidade ou de parte de seus bens para depois de sua morte (art. 1.857, CC) ou faz outras declarações de última vontade”. (2009, p. 71).

Como abordado no primeiro capítulo deste trabalho, o desenvolvimento da medicina, fez surgir no mundo, as diretivas antecipadas de vontade,

regulamentadas em vários países, no entanto, relativamente recentes no Brasil e sem regulamentação jurídica.

As diretivas antecipadas de vontade ganharam orientação no Brasil com a Resolução 1.995 de 2012, publicada pelo Conselho Federal de Medicina, que objetivou “informar ao profissional da medicina que a conduta ética da profissão está alinhada à necessidade de se respeitar os desejos e vontades previamente expressados pelo paciente.” (R. RIBEIRO, 2016). No entanto, o Ministério Público Federal interpôs Ação Civil Pública sob o n. 0001039-86.2013.4.01.3500, requerendo a suspensão da eficácia da resolução. (DADALTO, 2015c).

O Ministério Público Federal alegou que a resolução seria inconstitucional e permeada de ilegalidades, a decisão liminar afirmou que a resolução protegia a dignidade da pessoa humana. (GOIÂNIA. JUSTIÇA FEDERAL. SENTENÇA ACP n. 0001039-86.2013.4.01.3500). A ação civil pública foi julgada improcedente, e declarou que: “[...]. A resolução [...] é compatível com a autonomia da vontade, o princípio da dignidade humana, e a proibição de submissão de quem quer que seja a tratamento desumano e degradante [...].” (GOIÂNIA. JUSTIÇA FEDERAL. SENTENÇA ACP n. 0001039-86.2013.4.01.3500).

O testamento vital também conhecido como testamento biológico, espécie de diretivas antecipadas de vontade é “documento que contém disposição sobre a assistência médica a ser prestada a paciente terminal.” (DIAS, 2011, p. 379). E apesar da falta de regulamentação jurídica específica, “não existe norma no sentido de impedi-lo, ao oposto, o testamento vital é amparado até mesmo pela Constituição Federal, já que segue os princípios do direito à vida e dignidade da pessoa humana.” (DOBARRO, 2016).

Mota (2016) explica o testamento vital como:

Um instrumento jurídico no qual os indivíduos capazes para tal, em sua consciência, expressem sua vontade acerca das atenções médicas que deseja receber, ou não, no caso de padecer de uma enfermidade irreversível ou terminal que lhe haja conduzido a um estado em que seja impossível expressar-se por si mesmo.

Na mesma essência:

É o instrumento por meio do qual a pessoa manifesta antecipadamente sua recusa a receber certos tratamentos médicos, com o propósito de escapar ao drama terminal vivido por pacientes em coma ou incapazes, por qualquer modo, de exprimir a sua vontade. (SCHREIBER, 2016).

Dessa maneira, o testamento biológico informa aos médicos como proceder no tratamento do paciente, quando este encontrar-se impossibilitado para tal: “determinada forma de tratamento ou, simplesmente, no sentido do não tratamento, como uma vontade do paciente que pode vir a estar impedido de manifestar sua vontade em razão da doença.” (BORGES, 2016). Dessa forma, o testamento vital é considerado:

Manifestação consciente da pessoa que disporá por meio de um testamento vital acerca de como pretende ser tratada pelos médicos, bem como o que permite que se faça com seu corpo em momento futuro, enquanto não puder manifestar sua vontade. (SALOMÃO; JACOB, 2016).

Além das disposições sobre tratamentos, o testador pode nomear procurador, pessoa de sua escolha, que conheça suas vontades, para que tome resguarde suas vontades quando não mais puder exprimi-las. (DIAS, 2011, p. 379).

Ao realizar o testamento vital, por escritura pública ou documento particular autêntico, o testador deve estar em pleno gozo de sua capacidade civil, e irá usufruir de forma plena do princípio da autonomia ao realizar o testamento, que é consumado somente por vontade do indivíduo. (DIAS, 2011, p. 379). No âmbito do testamento, defende Leite (2000, p. 100): “[...] o ânimo do doador deve-se revestir de espontaneidade. É preciso que o doador esteja voltado a realizar um benefício ao donatário.”

O ponto máximo do testamento é a vontade do doador, assim: “é plenamente possível a sua revogação, pois a declaração deve estar em consonância com a vontade do testador, podendo ser revogada a qualquer tempo.” (SILVA; GOMES, 2016).

O cabimento no testamento vital da disposição dos órgãos para doação encontra respaldo no art. 14 do Código Civil de 2002, que assim prevê: “É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte.” (BRASIL, 2016-i). O art. 14 do Código Civil

espelha o princípio da autonomia, implícito no art. 5º da Constituição Federal de 1988, assegurando a doação do próprio corpo, *post mortem*, com fim altruístico ou científico.

Coadunam Milanez e Richetti (2016):

Segundo art. 14 e parágrafo único do Código Civil fica evidente o princípio do consenso afirmativo, pelo qual cada um deve se manifestar sua vontade de doar seus órgãos e tecidos para depois de sua morte, com objetivo científico ou terapêutico, tendo o direito de, a qualquer tempo, revogar livremente essa doação *post mortem*.

Neste sentido, explanam Lima, Rocha e Lippman (2016): “O testamento vital também pode abranger questões relativas a disposição do próprio corpo, como o desejo de ser doador – ou não – de órgãos”. Na mesma linha, seguem Salomão e Jacob (2016): “testamento vital tem eficácia para durante a vida, ou em alguns casos especiais, para depois da morte como na hipótese de doação de órgãos e destinação do corpo”.

A doação de órgãos *post mortem*, somente terá efeitos quando constatada a morte encefálica, e ocorre de modo sigiloso, sem que doador saiba para quem será destinado seus órgãos quando falecer, nem o receptor de onde adveio, é ato de extrema solidariedade. Como Lima (2016) descreve:

Além disso, a doação de órgãos é um ato altruísta que decorre da vontade do indivíduo; por isso, requer-se manifestação expressa neste sentido e não presumida, o que não confere certeza da vontade do indivíduo em realmente ser doador.

Castro mostra que ao doar, “um doador de órgãos dá muito mais do que o órgão físico transplantado para outro corpo” (2003, p. 430). Ao impor doação presumida, que constava na Lei n. 9.434 de 1997, antes de suas modificações, se limitava a autodeterminação do indivíduo. No entanto, “o ator é um sujeito, única entidade capaz de vontade e, portanto, de tomar decisão, sobretudo no que lhe concerne ao mais íntimo.” (STEINER, 2016). Logo, não deve ser imposição ao indivíduo a doação, e sim, disposição por vontade, por solidariedade para com a sociedade em que se vive. (BANDEIRA, 2001, p. 142).

As precárias informações dadas à sociedade acerca da doação de órgãos, onde não ficam esclarecidos o conceito de morte encefálica, motivo de

grande preocupação para as pessoas, o medo do tráfico de órgãos, e a falta de programas que instruem e fomentem a doação, causam a falta de doadores, e o crescimento de filas intermináveis de espera. (MORAES; GALLANI; MENEZHIN, 2016).

Portanto, necessária a conscientização da população, como afirma Sgreccia (2009, p. 673):

[...] importante, sob ponto de vista ético, a difusão de uma “autêntica cultura do dom”, graças à qual cada um, desde muito jovem, perceba a necessidade de dar explicitamente o próprio consentimento para esse ato de profunda solidariedade humana e de grandíssimo valor social.

Assim, o testamento vital, documento que expressa a vontade do doador, que comporta a disposição da doação de órgãos *post mortem*, demonstrando a solidariedade e o altruísmo do testador que deve ser respeitado.

#### 4.2 A AUTONOMIA DE VONTADE DO DOADOR E O DIREITO DE DECISÃO DA FAMÍLIA NO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ANÁLISE DO ART. 4º DA LEI N. 9.434 DE 1997

A palavra “autonomia” significa auto-governo. (DALL’AGNOL, 2004, p. 30). Ela resulta da junção de duas palavras gregas, *autós* e *nomói*. A palavra *autós* comporta um estado particular e especial ou peculiaridade de cada ser. Enquanto *nomói* condiz com regra. Autonomia reflete auto-regulamentação, liberdade moral ou intelectual, independência. (RODRIGUES JUNIOR, 2016).

Martins-Costa (2016) explica a autonomia privada como:

[...] compreendida como “o processo de ordenação que faculta a livre constituição e modelação das relações jurídicas pelos sujeitos que nela participam”. Entenda-se “autonomia privada” como poder ou competência para a nomogênese, como especificação, no Direito (e, muito especialmente, no Direito das Obrigações) da autodeterminação, que é noção da filosofia e “princípio constitutivo do político”. E não se entenda “autonomia privada” como “autonomia da vontade”.

Na mesma linha, Ribeiro (1999, p. 20) aduz que a autonomia privada é manifestada na liberdade contratual:



Processo de ordenação que faculta a livre constituição e modelação de relações jurídicas pelos sujeitos que nela participam. É, em termos etimológicos, uma normação pelo próprio que vai ficar obrigado à observância dos efeitos vinculativos da regra por si criada.

Deste modo, a autonomia privada tem como maior expressão a liberdade de contratar, e limita-se na moral, na ordem pública e principalmente na lei. (IORÁ, 2016).

A autonomia da vontade, diferente da autonomia privada, versa sobre a opinião e escolha do ser humano, a manifestação de vontade, sem limitações, é o direito de autodeterminação. (AMARAL; PONA, 2016). Diniz deslinda que a autonomia “é o reconhecimento da liberdade individual que deve compreender também o respeito à escolha de morrer e controlar a assistência médica que o paciente deseja receber no futuro.” (2011, p. 279).

Torres (2016) discorre a respeito: “Autonomia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas a sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais”. Ela ganha ênfase na manifestação da vontade, e no seu reconhecimento através das Diretivas Antecipada de Vontade, e garante a “todo indivíduo tem direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que tenham potencial de afetar sua integridade físico-psíquica ou social.” (TORRES, 2016).

A autonomia da vontade manifestada pelo doador de órgãos encontra uma barreira para efetivação no art. 4º da Lei n. 9.434 de 1997, que assim estatui:

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (BRASIL, 2016).

Consequentemente, a família deverá autorizar a retirada dos órgãos do cadáver para que ocorra a doação. Família esta que por conta da situação, encontra-se, na maioria das vezes, em momento de grande angústia pela perda do ente querido. (BANDEIRA, 2001, p. 137).

Buosso (2016) aduz que emoções, comportamentos e crenças da família vão de encontro com o fim da vida, e torna difícil a compreensão do que seria a doação dos órgãos do ente, e como ocorre a morte encefálica, ao profissional

médico cabe “considerar as dimensões culturais, científicas e filosóficas que constituem este campo de decisões em torno da morte, doação e transplante de órgãos”.

Cumulado com o impacto da perda, Steiner (2016) explica que a decisão a ser tomada é de grande complexidade e o tempo, escasso: “[...] diante de uma situação extremamente difícil e incômoda, não têm realmente tempo para se deter sobre um problema que surge para alguns deles apenas no momento em que a pergunta lhes é feita.”

A morte faz parte do cotidiano da humanidade, ela acompanha o mundo desde o início, e com ela se findam o ciclo da vida. Pessini (2016) ensina que ela “sempre nos visita, mansamente, mediante as perdas de entes queridos, obrigando-nos a refletir sobre nossa própria vida finita, ou então por situações inusitadas e inesperadas que nos amedrontam.” Ainda que faça parte do ser humana, quando ocorre abruptamente, como na maioria dos casos de morte encefálica, é um baque na vida da família, como explicam Dell Agnolo et. al (2016):

A ME na maioria das vezes acontece abruptamente, em decorrência de causas geralmente traumáticas, congênitas ou adquiridas e que levam a internações inesperadas. Diante do fato inesperado, as famílias são expostas à possibilidade de morte com a mesma dinâmica: subitamente e sem entender o que está vivenciando.

Além do que, a definição de morte encefálica é perturbadora, na maioria das pessoas, o coração continua batendo e há respiração artificial. (STEINER, 2016). A família entra em conflito com o conhecimento que tem, e acha que o ente querido ainda tem vida, “a própria condição do corpo, mantido funcionando artificialmente na UTI, quente, com o coração batendo, contrasta muito com a idéia que se tem de um cadáver.” (MASSAROLLO; MORAES, 2016).

Rech e Rodrigues Filho (2016) citam o contato com a família como um “momento delicado no processo de doação, porque concretiza para a família a morte, a separação e a impotência.” A entrevista deve ser realizada por profissional capacitado, que esteja pronto para acolher a família no momento de tristeza, e que tenha paciência, dando as informações necessárias e dando o tempo para assimilação da nova realidade. (BANDEIRA, 2001, p. 137-138).

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2016) elenca três principais fatores para o consentimento da doação de órgãos pela família:

“predisposição à doação; qualidade do atendimento hospitalar recebido; habilidade e conhecimento do entrevistador”. Bandeira (2001, p. 138) deixa claro que o modo como será conduzida a entrevista, e a desenvoltura do informante contribuirá para o maior número de doações.

A família deve ter explicações acerca da morte encefálica, de modo que não restem dúvidas, e se houverem devem ser sanadas. A linguagem usada deve ser compreensível, “de forma a explicar um assunto técnico e complexo com palavras simples e de fácil entendimento.” (PESSALACIA; CORTES; OTTONI, 2016).

Por fim, Bianchi e Cinque (2016) resumem o que deve ser a entrevista com a família:

A entrevista familiar não busca convencer a família da doação, nem induzi-la para que concorde; tem a finalidade de expor a possibilidade da doação ou não. Deve ser clara e objetiva, com o intuito de fornecer todas as informações, promovendo suporte necessário para a tomada de decisão da família e obter o seu consentimento.

Steiner (2016) ainda apresenta outras complicações que podem ocorrer com a família: “[...] o defunto talvez nunca tenha tocado ou que talvez nunca tenha sido abordado no círculo das relações familiares; [...] membros podem ter opiniões diferentes.” Pode ocorrer ainda, de a família não ter contato algum com indivíduo que faleceu.

Os membros da família podem não ter a mesma opinião quanto à doação de órgãos, gerando um conflito em um momento que o estado emocional já está abalado. Uma parte da família pode acreditar que através da doação “é possível salvar vidas ou é a maneira encontrada para o ente querido continuar vivendo” e assim anuir com a doação, e a outra parte pode discordar por vários motivos, “diante da manifestação contrária de outro membro da família, acaba respeitando a decisão tomada, na tentativa de evitar conflitos dentro da família. A opinião do familiar contrário à doação é a que prevalece.” (MASSAROLLO; MORAES, 2016).

Um caso que elucida o conflito de opiniões e as consequências por ele geradas é o de Terri Schiavo, americana, que em 1990 entrou em estado vegetativo permanente causado por dano cerebral. (PESSINI, 2016). Travou-se então uma batalha judicial, onde seu marido afirmava que Terri não teria o desejo de viver em tais condições, e que ela escolheria remover o tubo de alimentação, enquanto seus

pais não concordavam com essa declaração, e apontavam que não existia nenhum documento nesse sentido, inclusive acreditavam na melhora da filha.

Por fim, o marido de Terri tem seu pedido judicial procedente na última instância do Judiciário Americano e o tubo de alimentação é retirado, ela falece em 31 de março de 2005. O caso foi de grande repercussão, não só nos Estados Unidos da América.

Neste caso, o conflito se entendeu por anos, e foi amparado pelo judiciário, no entanto, para que a doação de órgãos ocorra com sucesso, ela deve ser realizada em determinado espaço de tempo, pois cada órgão tem um tempo máximo para a retirada do corpo e para a preservação fora dele. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2016). Logo, a tomada da decisão torna-se ainda mais complexa, e a tendência é que a família opte por não doar os órgãos do falecido. (LIMA, 2016).

Quando a família se manifesta favorável a doação dos órgãos, exames complementares serão realizados, e há uma série de documentos a serem preenchidos pela família, há de se ressaltar que a decisão pode ser revogada a qualquer momento antes da retirada dos órgãos. (LIMA, 2016). A CNCDO – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos é notificada pela equipe responsável, “informando os órgãos e tecidos doados, sua condição clínica-laboratorial e horário previsto para o início do procedimento de retirada”, e então promoverá a “distribuição dos órgãos e tecidos doados”. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2016).

Após a retirada dos órgãos, o cadáver deve ser recomposto, e devolvido à família, para que esta realize seus ritos de sepultamento. (BANDEIRA, 2001, p. 106). Sobre as famílias que doaram, Lima (2016) descreve seus sentimentos: “consideram correta a decisão de doar, ficando satisfeitas com a tomada de decisão, relatando estar sem arrependimento e com um sentimento de recompensa por ajudar outras pessoas, melhora nas relações familiares e valorização da vida”.

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos divulgou as informações do Registro Brasileiro de Transplantes do primeiro semestre de 2015, e as filas de espera continuam a crescer, devida ao baixo número de doações por conta da recusa familiar, que atinge o patamar de 44%. Porém, necessário é o cumprimento da lei, e esta institui que a família deve dar ou não seu consentimento. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2016).

As normas que versam sobre os transplantes de órgãos e tecidos são fundamentadas na autonomia e na solidariedade do indivíduo, dando poder de escolha, e respeitando as decisões tomadas, no entanto, esses poderes são tolhidos quando esbarram no doador que decide dispor de seus órgãos após sua morte, a decisão da família é que dará a verdadeira autorização. (TEIXEIRA; KONDER, 2016).

A Lei n. 9.434 de 1997, antes de ser alterada, previa o consentimento presumido, logo, todo indivíduo era doador de órgãos, até que manifestação de forma contrária, o que deveria constar em documento oficial. (DINIZ, 2001, p. 272). A determinação da lei gerou uma série de problemas aos médicos, pois muitas vezes a família não concordava com a doação, porém, a lei determinava que o falecido era doador. Por fim, os médicos não aplicavam a norma diante da negativa da família. Com a modificação da lei, os legisladores optaram por incorporar a autorização da família na doação de órgãos, mesmo quando o indivíduo manifesta de forma expressa sua vontade. (SÁ; NAVES, 2009, p. 289).

Sabe-se que todo ser humano é dotado de características próprias, individuais, que o torna diferente de qualquer outro indivíduo. A personalidade é de cada pessoa, nasce junto com o indivíduo e o torna um sujeito passível de direitos. “Personalidade é a perfeição da pessoa, isto é a qualidade do ente que se considera pessoa.” (LEITE, 2000, p. 10-11). Bandeira (2001, p. 50-51) ensina que os direitos de personalidade são: “essenciais e permanentes, [...], são inerentes à pessoa, intransmissíveis, inseparáveis do titular”.

Leite (2000, p. 12) destaca:

São, em última análise, direitos fundamentais que o indivíduo tem sobre si mesmo, existindo a partir do nascimento com vida do feto, para só extinguir com sua morte, sendo importante ressaltar que alguns deles, são protegidos, até mesmo após a morte de seu titular, como ocorre no direito moral do autor no direito à honra, no direito às partes deparadas do corpo entre outros.

A personalidade jurídica da pessoa finda com a morte, assim, o cadáver torna-se coisa, no entanto, não deixa de ter “nosso respeito, nossa piedade e nossa reverência”. (LEITE, 2000, p. 89). Como aduz Bandeira (2001, p. 86): “nada impede que haja bens da personalidade, tanto física como moral, do *de cujus* que continuem

a influir nas relações sociais devendo, conseqüentemente, serem protegidos pelo direito”.

O falecido não deixa de ter significado para a família, nele está a personificação da pessoa que vivia em sociedade, é uma projeção do que era em vida. (ALMEIDA; MUÑOZ, 2002, p. 150). Chaves (2016) explica que o sentimento com relação ao ser humano não muda: “o respeito coletivo pelo cadáver corresponde ao traço de humanidade que nele persiste, e exige seja conservada a sua dignidade, o que impede qualquer forma de utilização econômica”.

A palavra cadáver traduz o estado do indivíduo sem vida, ele torna-se coisa, porém classificado pelo ordenamento jurídico como *extra commercium*, ou seja, não é passível de ser comercializado. (LEITE, 2000, p. 90).

De Cupis (2008, p. 98) afirma que o cadáver, apesar de perder a personalidade, tornando-se coisa, ainda é tutelado pelo ordenamento jurídico, a personalidade transpassa da pessoa viva para seu cadáver, caracterizando-o como coisa fora do comércio. Ele aduz:

Não sendo a pessoa, enquanto viva, objeto de direitos patrimoniais, não pode sê-lo também o cadáver, o qual, apesar da mudança de substância e de função, conserva cunho e o resíduo da pessoa viva. A comercialidade estaria, pois, em nítido contraste com tal essência do cadáver, e ofenderia a dignidade humana.

Contudo, é possível que se disponha do cadáver para fins científicos, bem como para a realização de transplantes, mas a disponibilização deve ser de forma gratuita e altruística, assim prevê o art. 14 do Código Civil. Quando o indivíduo, em vida, dispõe de seu cadáver, isso não irá representar comércio, e sim, uma forma de servir aos avanços da medicina, e de salvar a vida de outras pessoas, é a solidariedade se sobrepondo sobre o egoísmo. “O corpo realmente nos serve e nos é útil em vida. Dele devemos nos desprender, contudo, após a morte.” (LEITE, 2000, p. 93-94).

Contudo, estamos em um momento que o princípio da dignidade humana é o princípio máximo dentro de uma sociedade, e o mais valorizado, sendo inerente ao ser humano, dele provêm todos os outros princípios. É protegido na esfera mundial, no art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”.

No ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade humana permeia a Constituição Federal de 1988, e é direito fundamental, sendo base para todos os outros princípios. (DIAS, 2011, p. 378). Como aduz Bandeira (2001, p. 46) “por esse princípio, verifica-se que a pessoa humano é o fundamento e o fim da sociedade [...]”.

No entanto, na doação de órgãos esse direito é rebaixado para dar lugar ao desejo da família, “ainda que o falecido tenha, em um gesto de solidariedade, exprimido o desejo de doar seus órgãos, esta manifestação será desconsiderada se a família não concordar expressamente com o transplante.” (TEIXEIRA; KONDER, 2016). Coadunam Sá e Naves sobre a decisão da família: “[...] caso essa se negue a doar, sua vontade deve ser respeitada e obrigatoriamente acatada pelas equipes de transplantes e remoção”. (2009, p. 289).

A doação é um ato de liberdade individual. Não deve a família, ter predileção na decisão, quando o doador já se manifestou em vida. Como bem explica Bandeira (2001, p. 139): “A vontade expressa do doador, em vida, prevalece sobre a vontade dos familiares, uma vez que só a pessoa o poder de dispor, eficazmente, sobre seu corpo”. Na mesma linha discorrem Milanez e Richetti (2016):

Não existindo uma disposição expressa do próprio morto sobre a sua destinação após a morte, cabe a família, na ordem já estabelecida, decidir o que será feito. [...] Todavia, caso exista a declaração de vontade deixada pelo de cujus essa deve obrigatoriamente ser respeitada. Caso essas disposições estejam em consonância com a ordem pública e privada, deverá ela predominar.

É inadmissível que o ato de doar, que é manifestação de autonomia e altruísmo realizado em vida pelo *de cujus*, após seu falecimento, seja desconsiderado, é atentar contra sua dignidade. (TEIXEIRA; KONDER, 2016).

Ademais, reafirmando a superioridade da autonomia do doador sobre a decisão da família, a IV Jornada de Direito Civil assim definiu no Enunciado 277:

O art. 14 do Código Civil, ao afirmar a validade da disposição gratuita do próprio corpo, com objetivo científico ou altruístico, para depois da morte, determinou que a manifestação expressa do doador de órgãos em vida prevalece sobre a vontade dos familiares, portanto, a aplicação do art. 4º da Lei n. 9.434/97 ficou restrita à hipótese de silêncio do potencial doador. (VADE MECUM, 2016, p. 1219).

Logo, mesmo que a personalidade jurídica se encerre com a morte, a vontade manifestada em vida pelo cadáver ser respeitada, e a doação de órgãos deve ocorrer se assim for sua vontade.

A Política Nacional de Transplantes de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano tem orientações a doação não onerosa, “o vigoroso repúdio e combate ao comércio de órgãos, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.” Bem como, o princípio da justiça, nas “garantias e direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos, bem como regula toda a rede assistencial.” (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

A beneficência é exercida em âmbito social pelo indivíduo quando ele, em ato solidário e altruístico toma a decisão de doar seus órgãos, ele pratica um bem social. A beneficência também mostrará presente, quando a equipe médica verificar a compatibilidade do receptor com o doador, possibilitando um maior êxito no procedimento, e dando a chance a outro indivíduo caso não haja compatibilidade. (GOLDIM, 2016). A não maleficência se mostrará na medida em que a morte não é antecipada para se promover o bem, deve-se obter a certeza da morte do indivíduo; se verificará a compatibilidade do receptor para que não ocorra a rejeição do órgão e causar dano.

Quanto ao princípio da justiça, é exercido na disponibilidade de um Sistema Nacional de Transplantes, e uma fila nacional para cada órgão, onde não há qualquer distinção entre os indivíduos, todos são tratados com dignidade, e chamados por ordem cronológica, havendo exceções, como no caso da distribuição de fígado, na qual é utilizada como critério a gravidade do estado clínico do indivíduo. Em 2006 foi instituída a portaria n. 1.160, que aplicou o índice MELD - Model for End-Stage Liver Disease, que calcula o estado da gravidade do paciente que aguarda o transplante de fígado e o remete para o lugar na fila. (CORDEIRO, 2016).

Verifica-se então, a presença dos quatro princípios da bioética na doação de órgãos, quais sejam beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. O princípio da autonomia ganha maior destaque, pois é o primeiro passo para que os outros ocorram. Necessita-se do indivíduo e do ato de altruísmo e solidariedade de doação para que se pense em órgãos de cadáveres para fins de transplantes, uma vez que a doação presumida foi revogada; a justiça tem caráter obrigatório porquanto é através dela em se possibilita àqueles que os procedimentos de



transplantes de órgãos ocorram. A beneficência e não maleficência se complementam, sendo o ato de doação uma beneficência realizada em prol do bem social, a distribuição dos órgãos de forma ampla e aos receptores compatíveis provoca um bem maior, não causando dano aos incompatíveis.

## 5 CONCLUSÃO

Séculos de pesquisas e estudos levaram o ser humano a uma grande evolução, um grande conhecimento foi conquistado e continua-se em busca de muito mais, no entanto, nessa trajetória, o meio-ambiente e o indivíduo foram explorados inconscientemente, não havendo qualquer regulamentação ética nas pesquisas realizadas nem qualquer equilíbrio. Logo, diante das abusivas pesquisas se percebeu a necessidade de regulamentar tais processos, protegendo o ser humano, e também o meio em que se habita, de modo que ele não sofresse grande impacto.

Nesse contexto, a Bioética, representando o conhecimento biológico e os valores humanos, foi introduzida no meio científico para harmonizar o desenvolvimento científico e o meio ambiente. Como base, foram primeiramente criados três princípios, o princípio da beneficência – que dedica-se a fazer o bem; o princípio da autonomia da vontade – protege a vontade do ser humano; e o princípio da justiça – que prevê atendimento de modo a suprimir as necessidades do indivíduo, independentemente de quem ele seja, posteriormente desprende-se do princípio da beneficência, o princípio da não-maleficência, que cuida de não provocar dano, assim, na impossibilidade de praticar o bem, não se deve causar qualquer malefício.

Em meio a necessidade de assegurar a vontade do paciente são criadas, nos Estados Unidos, as diretivas antecipadas de vontade, composta por três modalidades, o testamento vital, o mandado duradouro e a diretiva do centro médico avançado, desse modo, os médicos e familiares teriam orientação sobre quais procedimentos poderiam ser adotados em determinadas circunstâncias.

O testamento vital é instrumento em que o indivíduo pode dispor acerca de tratamentos médicos que deseja ou não receber caso fique inconsciente ou incapacitado de manifestar sua vontade. O mandado duradouro é a investidura de alguém, escolhido pelo outorgante como seu representante para tomar decisões necessárias, caso o paciente esteja impossibilitado. Por fim, a diretiva do centro médico, é basicamente a junção das duas primeiras modalidades, pois estabelece a vontade do paciente quanto as medidas a serem tomadas e institui alguém como representante.

Neste cenário vêm a tona o transplantes de órgãos, procedimento médico que remove órgãos ou tecidos de um ser humano para inseri-lo em outro. Eles vêm sendo praticados e aperfeiçoados há séculos pela medicina, tornando-se hoje extremamente eficazes e um meio de salvar vidas, pois quando ele é uma opção no tratamento já não há mais nenhum tratamento capaz de curar a doença. Hoje a prática é regulamentada pela Lei n. 9.434 de 1997, com alteração dada pela Lei n. 10.211 de 2001.

Dentro do procedimento de transplantes, distinguem-se quatro modalidades: autotransplante – o indivíduo é ao mesmo tempo doador e receptor; isotransplante – os indivíduos são gêmeos univitelinos; alotransplante – indivíduos da mesma espécie, porém com carga genética diferente; e xenotransplante – os órgãos ou tecidos provêm de animais.

O alotransplante é o procedimento mais utilizado, e pode ocorrer de duas maneiras, *inter vivos* ou *post mortem*. A modalidade *inter vivos* ocorre entre indivíduos vivos. A pessoa deve ser plenamente capaz, e na falta de vínculo consanguíneo, deve haver autorização judicial.

A modalidade *post mortem* ocorre quando um indivíduo vivo é receptor de órgãos ou tecido de doador morto. Nesse tema, encontramos a controvérsia do presente trabalho, que discutiu o ato de doar, escolha do indivíduo, em conflito com o art. 4º da Lei n. 9.434/97, alterado pela Lei n. 10.211, que regulamentou só ser possível a doação dos órgãos e tecidos com autorização da família.

A doação é considerada um ato solidário e altruísta daquele que escolhe doar, decisão esta que é tomada em vida, por pessoa plenamente capaz, e que demonstra a solidariedade do ser humano para com a sociedade em que vive, ele dispõe de seu corpo após a morte para ajudar o próximo.

A doação de órgãos e tecidos é uma manifestação da vontade do doar, que em vida toma uma decisão e espera que após sua morte, tenha sua vontade cumprida. Inclusive, o art. 14 do Código Civil prevê a disposição gratuita do próprio corpo para depois da morte.

O testamento é instrumento jurídico utilizado para dispor a vontade do testador, porém só tem efeitos após a sua morte, e como a diretiva antecipada de vontade exprimi a vontade do paciente sobre como deseja ser tratado, bem como para quando se mostrar incapaz de pronunciá-la, logo, a doação dos órgãos e

tecidos, que é ato de vontade do doador *post mortem* é passível de ser declarada em testamento vital.

No entanto, a doação pode estar disposta em testamento vital, instrumento que manifesta a autonomia da vontade do doador, porém enfrentará a vontade da família por conta do art. 4º da Lei n. 9.434 de 1997, alterado pela Lei n. 10.211, que prevê autorização pelo cônjuge, ou parente até quarto grau para que a doação ocorra. Tal disposição causa insegurança àquele que deseja doar, pois a vontade da família, nem que seja de apenas um membro pode ser contrária ao ato, gerando uma negativa à possibilidade de ajudar alguém, e não cumprindo a vontade do falecido.

Ademais, quando a legislação protege a família, o ato de doar torna-se dificultoso dado o momento, que é de fragilidade emocional e tristeza pela morte do ente querido. Nesse contexto, a família será apresentada a realidade dos transplantes e a possibilidade de doar, o médico explicará a morte encefálica, tema pouco conhecido pela população, cumulado com isso, haverá medo, insegurança, crenças, religiões, falta de técnica do profissional para conduzir a conversa e outros motivos, que contribuirão para a negativa da família para a doação, mesmo havendo manifestação expressa do *de cuius*.

Somando isso ao fato que hoje é muito difícil encontrar pessoas dispostas a serem altruístas e solidárias com aqueles que nem conhecem, as filas à espera de transplantes crescem a cada dia, tornando a espera angustiante para aqueles que se encontram na fila, e que muitas vezes, não suportam a espera e morrem.

Além da problemática familiar, o dispositivo da Lei ultrapassa um direito fundamental do doador, que é a sua autonomia de escolher o que fazer com o próprio corpo, assim, acaba por ferir o princípio da dignidade humana. Assim, resta concluir que o art. 4º da Lei 9.434 de 1997 fere a dignidade da pessoa ao colocar a decisão familiar acima da vontade do doador de órgãos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos de; MUÑOZ, Daniel Romero. **Doação e transplantes de órgãos e tecidos**. In: SEGRE, M; COHEN, C. (Org.). Bioética. 3 ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. p. 149-158.

AMARAL, Ana Cláudia Corrêa Zuin Mattos do; PONA, Éverton Willian. **A autonomia da vontade privada e testamento vital**: a possibilidade de inclusão no ordenamento jurídico brasileiro. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/direitoprivado/artigos/Everton\\_e\\_Ana%20Cláudia\\_Autonomia\\_da\\_vontade\\_privada\\_e\\_testamento\\_vital.pdf](http://www.uel.br/revistas/direitoprivado/artigos/Everton_e_Ana%20Cláudia_Autonomia_da_vontade_privada_e_testamento_vital.pdf)> Acesso em: 28 abr. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Entenda a doação de órgãos**. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/entendadoacao.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Registro brasileiro de transplantes (RBT) – 2015 – 1º semestre**. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=&c=1076&s>> Acesso em: 11 mai. 2016.

BANDEIRA, Ana Cláudia Pirajá. **Consentimento no transplante de órgãos**: à luz da lei 9.434/97 com alterações posteriores. Curitiba, PR: Juruá, 2001. 217 p.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueredo. Rio de Janeiro: Edelbra, 1979. 750 p.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. A aplicabilidade do testamento vital no Brasil. **Revista Síntese**: direito de família, n. 77, p. 95-120, abr-mai. 2013.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direito de morrer dignamente**: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7571/eutanasia-ortotanasia-e-distanasia/2>> Acesso em: 30 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro**. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI11097,71043-Eutanasia+ortotanasia+e+distanasia+breves+consideracoes+a+partir+do>> Acesso em: 28 abr. 2016.

BRASIL. **Código civil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm)> Acesso em: 27 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988-a**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)> Acesso em: 20 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de

4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências.

Brasília, Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1997/d2268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm)>. Acesso em: 11 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.280, de 6 de novembro de 1963.** Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. Brasília, Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L4280.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4280.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968.** Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Brasília, Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L5479.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5479.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992.** Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Brasília, Disponível em:

<[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei 8.489-1992?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.489-1992?OpenDocument)>. Acesso em: 10 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001.** Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Brasília, Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10211.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2016

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de lei n. 524 de 2009-b.** Disponível em:

<<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/94323>> Acesso em: 25 out. 2015.

BUOSSO, Regina Szytli. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/05.pdf>> Acesso em: 29 abr. 2016.

CAHALI, Francisco José; FERNANDES, Giselda Maria; HIRONAKA, Giselda Maria Fernandes Novaes. **Direito das sucessões.** 3. ed. rev., atual. e ampl 432 p.

CARVALHO, Dimas Messias de. CARVALHO, Dimas Daniel. **Direito das sucessões.** 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. 354 p.

CASTRO, Leonardo de. **Transplantes:** altruísmo e reciprocidade. In: GARRARA, V.; PESSINI, L. (Org.). Bioética: Poder e Injustiça. São Paulo: Loyola. 2003. p. 427-433.

CHAVES, Antônio. **Direitos à vida, ao próprio corpo e às partes do mesmo (Transplantes), esterilização e operações cirúrgicas para "mudança de sexo", direito ao cadáver e às partes do mesmo.** Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/viewFile/66797/69407>> Acesso em: 12 mai. 2016.

CINQUE, Valdir Moreira; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos.** Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/273026589\\_A\\_TOMADA\\_DE\\_DECISAO\\_DAS\\_FAMILIAS\\_PARA\\_A\\_DOACAO\\_DE\\_ORGAOS](https://www.researchgate.net/publication/273026589_A_TOMADA_DE_DECISAO_DAS_FAMILIAS_PARA_A_DOACAO_DE_ORGAOS)> Acesso em: 28 abr. 2016.

CUPIS, Adriano de. **O direito da personalidade.** 2 ed. São Paulo: Quorum. 2008, p. 363.

CLOTET, Joaquim. **Bioética: uma aproximação.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 246 p.

COELHO, Juliano Cé; RIBAR, Júlia; SAITOVITCH, David. **Transplante renal: do imaginário à sua real aplicação médica.** In: GUILHERMANO LG et al. (Org.). Páginas da História da Medicina. 1º ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010, p.123-131.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.995 de 2012.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)> Acesso em: 20 out. 2015.

CORDEIRO, Cristiana Zanella. **Justiça distributiva no acesso a órgãos para transplantes.** Disponível em: <<http://www.oab-sc.org.br/artigos/justica-distributiva-no-acesso-orgaos-para-transplantes/59>> Acesso em: 2 jun. 2016.

DADALTO, Luciana. **Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade.** Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/09/Aspectos-registrais-das-dav-civilistica.com-a.2.n.4.20131.pdf>> Acesso em: 22 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Diretivas antecipadas e princípio da solidariedade familiar.** Disponível em: <[http://www.mpma.mp.br/arquivos/biblioteca/sumarios\\_correntes/43\\_revista\\_sintese\\_de\\_direito\\_de\\_familia.pdf](http://www.mpma.mp.br/arquivos/biblioteca/sumarios_correntes/43_revista_sintese_de_direito_de_familia.pdf)> Acesso em: 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Distorções acerca do testamento vital no Brasil** (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). Disponível em: <[http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28\\_art-dadalto.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28_art-dadalto.pdf)> Acesso em 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Reflexos jurídicos da Resolução CMF 1.995/12.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>> Acesso em: 22 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução n. 1.480 de 1997b.** A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de

tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Brasília. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. **Diretivas antecipadas de vontade**: um modelo brasileiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>> Acesso em: 23 out. 2015.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

DELL AGNOLO, Cátia Millene et al. **A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica**. Disponível em: <<http://seer.ufgrs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343>> Acesso em: 9 mai. 2016.

DIAS, Maria Berenice. **Manual das sucessões**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. 668 p.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. 792 p.

DOBARRO, Sérgio Leandro Carmo. **O testamento vital e a dignidade da pessoa humana**. Disponível em: <<http://www.notariado.org.br/index.php?pG=X19leGliZV9ub3RpY2lhcw==&in=Njk3MA==>> Acesso em: 23 abr. 2016.

ENGELHARDT, H. Tristram. **Fundamentos da bioética**. 2.ed São Paulo: Loyola, 2004.

GOIÂNIA. Justiça Federal de Goiânia. Sentença ação civil pública n. 0001039-86.2013.4.01.3500. Ministério Público de Goiânia e Conselho Federal de Medicina. Data: 2/4/2014. Disponível em: <[http://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1\\_captcha\\_id=5a19579de4ec8a27db0ffebc39a4afb3&trf1\\_captcha=zjwf&enviar=Pesquisar&proc=00010398620134013500&secao=GO](http://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1_captcha_id=5a19579de4ec8a27db0ffebc39a4afb3&trf1_captcha=zjwf&enviar=Pesquisar&proc=00010398620134013500&secao=GO)> Acesso em: 30 abr. 2016.

GOIATÁ, Sarah Rêgo; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **As diretivas antecipadas de vontade na política de doação de órgãos**. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/33626/as-diretivas-antecipadas-de-vontade-na-politica-de-doacao-de-orgaos>> Acesso em: 20 ago. 2015.

IÓRA, Natália Inez. Os limites da autonomia privada. Disponível em: <<http://barufaldiadvogados.com.br/os-limites-da-autonomia-privada/>> Acesso em: 29 abr. 2016.

JUNGES. José Roque. **Bioética**: perspectivas e desafios. São Leopoldo, RS: UNISINOS, 1999.



LEITE, Rita de Cássia Curvo. **Transplantes de órgãos e tecidos e direitos da personalidade**. São Paulo: ed. Juarez de oliveira, 2000. 282 p.

LIMA, Cíntia Rosa Pereira de. **Transplantes de órgãos**. In: CAVALCANTI, A.; LIMA, C. (Org.). Cartilha – Início, desenvolvimento e terminalidade da vida. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fjZ2hYHlvXwJ:www.oabsp.org.br/comissoes2010/biotecnologia/cartilhas/Inicio-%2520Desenvolvimento%2520e%2520terminalidade%2520da%2520vida.pdf/download+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 25 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. ROCHA, Renata da; LIPPMAN, Ernesto. **Terminalidade da vida**. In: CAVALCANTI, A.; LIMA, C. (Org.). Cartilha – Início, desenvolvimento e terminalidade da vida. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fjZ2hYHlvXwJ:www.oabsp.org.br/comissoes2010/biotecnologia/cartilhas/Inicio-%2520Desenvolvimento%2520e%2520terminalidade%2520da%2520vida.pdf/download+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 25 abr. 2016.

LIMA, Adriana Aparecida de Faria. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/doacao\\_orgaos\\_transplante\\_conflitos\\_eticos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/doacao_orgaos_transplante_conflitos_eticos.pdf)> Acesso em: 11 mai. 2016.

LOLAS, Fernando. **Bioética**: o que é, como se faz. São Paulo: Loyola, 2001. 102 p.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito**. São Paulo: Atlas, 2010. 342 p.

MARTINS-COSTA, Judith. Reflexões sobre o princípio da função social dos contratos. Disponível em: <[bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/download/35261/34057](http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/download/35261/34057)> Acesso em: 25 abr. 2016.

MEIRELLES JÚNIOR, Roberto Ferreira et. al.: **Transplante de fígado**: história, resultados e perspectivas. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt\\_1679-4508-eins-13-1-149.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-149.pdf)> Acesso em: 12 mar. 2016.

MILANEZ, Carlos José Cogo; Richetti, Tatiana. Do direito ao próprio corpo. Disponível em: < [www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=7e1d842d0f7ee600](http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=7e1d842d0f7ee600)> Acesso em: 28 abr. 2016.

MINAS GERAIS, Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. **Lei n. 16.279 de julho de 2006**. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=16279&comp=&ano=2006>> Acesso em: 25 out. 2015.

MORAES, Márcia Wanderley de; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme; MENEGHIN, Paolo. **Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a05.pdf>>

Acesso em: 29 abr. 2016

MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; MORAES, Edvaldo Leal de. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200003)> Acesso em: 9 mai. 2016.

MOTA, Sílvia. **Testamento Vital**. Disponível em:

<<http://www.silviamota.com.br/enciclopediabiobio/testamentovital/testvital-definicao.htm>> Acesso em: 28 abr. 2016.

NUNES, Maria Inês; ANJOS, Márcio Fabri dos. **Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites**. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/06.pdf>> Acesso em: 23 out. 2015.

OLIVEIRA, Simone Born de. **Da bioética ao direito: Manipulação genética e dignidade humana**. Curitiba: Juruá, 2002.

PARANÁ, Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. **Lei n. 14.254 de dezembro de 2003**. Disponível em:

<<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=735&indice=1&totalRegistros=1>> Acesso em: 25 out. 2015.

PEGORARO, Olinto Antonio. **Ética e bioética: Da subsistência à existência**. Petrópolis: Vozes, 2002. 125 p.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 8 ed. São Paulo: Loyola, 2008. 774 p.

\_\_\_\_\_. Leo. **Dignidade humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso Terri Schiavo**. Disponível em: <

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EWf93kcW4WEJ:revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/108+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EWf93kcW4WEJ:revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/108+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)> Acesso em: 4 mai. 2016.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; CORTES, Vanessa Faria; OTTONI, Alba. **Bioética e doação de órgãos no Brasil: aspectos éticos na abordagem à família do potencial doador**. Disponível em:

<[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/670/702](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/670/702)> Acesso em: 5 mai. 2016.

PETROIANU, Andy. **Em transplantes, as ideias são mais antigas do que se imagina**. Jornal Brasileiro de Transplantes, São Paulo, janeiro/março 2009.

Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2009/1.pdf>> Acesso em: 9 mar. 2016.

PORTAL DA OFTALMOLOGIA. **Transplante de córnea: os progressos e dilemas de um exemplo mundial**. 2005. Disponível em:

<<http://www.portaldaretina.com.br/home/noticias.asp?cod=287>> Acesso em: 10 mar. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. Sobre o Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acesso em: 20 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. O Sistema Nacional de Transplante. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/transplantes-old/links-transplantes?start=10>> Acesso em: 2 jun. 2016.

PÚBLICO, Comunicações sociais SA. Morreu Joseph Murray, pioneiro no transplante de órgãos. Disponível em: <<https://www.publico.pt/ciencia/noticia/morreu-o-homem-que-fez-o-primeiro-transplante-renal-1575123>> Acesso em: 11 mar. 2016.

RAMOS, António. **Xenotransplantação** – considerações éticas. Disponível em: <<http://recil.gru.polusofona.pt/bitstream/handle/10437/252/xenotransplantacao.pdf?squence=1>> Acesso em: 11 abr. 2016.

RAMOS, Dalton Luiz de Paula. **Bioética: pessoa e vida**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009. 374 p.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos e princípios da bioética**. Disponível em: <[http://hottopos.com/notand9/dalton.htm#\\_ftn9](http://hottopos.com/notand9/dalton.htm#_ftn9)> Acesso em: 2 jun. 2016.

RECHI, Tatiana H.; RODIGUES FILHO, Édison Moraes. **Entrevista familiar e consentimento**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2007000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100011)> Acesso em: 9 mai. 2016.

Revista Super Interessante, São Paulo: Abril, ed. 254a, julho de 2008. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/superarquivo/254a>> Acesso em: 9 mar. 2016.

RIBEIRO, Rafael Leandro Arantes. **Legalidade da Resolução 1.995/2012 do CFM sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/27787/competencia-para-edicao-ambito-de-aplicacao-e-legalidade-constitucionalidade-da-resolucao-n-1-995-2012-do-cfm-sobre-diretivas-antecipadas-de-vontade-do-paciente>> Acesso em: 6 mai. 2016.

RIBEIRO, Joaquim de Sousa. **O problema do contrato: as cláusulas contratuais gerais e o princípio da liberdade contratual**. Coimbra: Almeida, 1999. 708 p.

RIZZARDO, Arnaldo. **Direito das sucessões: Lei nº 10.406, de 10.01.2002**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008. 811 p.

RODRIGUES JÚNIOR, Otavio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/982/R163-08.pdf?sequence=4>> Acesso em: 29 abr. 2016.

SÁ, Maria de Fátima Pereira de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. 347 p.

SALOMÃO, Wendell; JACOB, Cristiane Bassi. **Testamento Vital** - instrumento jurídico para resguardo da vontade pertinente a situações existenciais e de saúde. Disponível em:

<<http://www.notariado.org.br/index.php?pG=X19leGliZV9ub3RpY2lhcw==&in=NjYyNA==>> Acesso em: 27 abr, 2016.

SANTORO; André; SARTORELLI, André Victor. **Os vedas**: um livro aberto. São Paulo: Abril. 2008.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito**: Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

SÃO PAULO, Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. **Lei n. 10.241 de março de 2017**. Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>> Acesso em: 26 out. 2015.

SCHEREIBER, Adriano. **Direitos da personalidade**. Disponível em:

<<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/entrevistas/direitos-da-personalidade/8362>> Acesso em: 27 abr. 2016.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética**: fundamentos e ética biomédica. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2009. 782 p.

SILVA, Maria Isabel Fernandes; GOMES, Frederico Barbosa. **Possibilidade de inclusão do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro**. Disponível em: < <http://npa.newtonpaiva.br/direito/?p=577>> Acesso em: 8 mai. 2016.

SOARES, André Marcelo M; PIÑEIRO, Walter Esteves. **Bioética e biodireito**: uma introdução. 2. ed Rio de Janeiro: Loyola, 2006.

STEINER, Philippe. **A doação de órgãos**: a lei, o mercado e as famílias. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20702004000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702004000200005)> Acesso em: 28 abr. 2016.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; KONDER, Carlos Nelson. **Autonomia e solidariedade na disposição de órgãos para depois da morte**. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/1357>> Acesso em: 4 mai. 2016.

TORRES, Adriana de Freitas. **O princípio da Autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido**. Disponível em:

<[http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21917:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=483](http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21917:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=483)> Acesso em: 29 abr. 2016.

WHITTAKER, Clio. **Introdução à mitologia oriental**. Lisboa: Estampa, 2000. 128 p.

